FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 63

LE

SALOL DANS LES ANGINES

SAUF L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 MARS 1896

PAR

Dominique-Jean-François DUPONT

Né à Tilhouse (Hautes-Pyrénées), le 11 novembre 1857.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PICOT,	professeur,	*président.*
	FERRÉ,	professeur,	*juges.*
	CASSAËT,	agrégé,	
	AUCHÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 · N° 63

LE

SALOL DANS LES ANGINES

SAUF L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 MARS 1896

PAR

Dominique-Jean-François DUPONT

Né à Tilhouse (Hautes-Pyrénées), le 11 novembre 1857.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	PICOT,	professeur,	*président.*
	FERRÉ,	professeur,	*juges.*
	CASSAËT,	agrégé,	
	AUCHÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM.....

Clinique interne.....	MM. PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MES AMIS ET CAMARADES

A MES ANCIENS MAITRES

A Monsieur le Docteur FERRÉ

Professeur de Médecine expérimentale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier d'Académie.

A Monsieur le Docteur CASSAËT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chef des travaux pratiques d'histologie.

A Monsieur le Docteur AUCHÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chef des travaux d'anatomie pathologique,

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543506_0013

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.
Officier de l'Instruction publique.

2 Dupont.

LE

SALOL DANS LES ANGINES

SAUF L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE

INTRODUCTION

Il n'existe pas de travail d'ensemble sur le traitement interne des inflammations de l'isthme du gosier par l'usage du salol pris à l'intérieur. Les résultats probants qu'ont retirés de cette indication les auteurs qui l'ont employée — Capart (de Bruxelles), Gouguenheim (de Paris), Jonathan Wright, Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux), — pour les citer tous; les excellents résultats que nos amis et nous-même en avons obtenus, nous ont décidé à faire de ce sujet l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous présentons donc aujourd'hui ce modeste travail à l'appréciation de nos juges, en leur demandant de nous accorder la bienveillance que nous a témoignée M. le professeur Picot, en acceptant la présidence de notre thèse.

Que ce maître distingué autant que sympathique entre tous veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance. Nous devons ensuite reconnaître ici la part contributive prise à ce

travail par nos camarades de médecine, MM. les docteurs O'Zoux et Donnadieu. Ils ont bien voulu nous donner quelques observations intéressantes : une plus forte amitié sera le complément de l'honneur qui leur revient ici.

Enfin, qu'il nous soit permis de rendre hommage au talent et à l'obligeance inépuisables de nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, dont nous garderons toujours le meilleur souvenir, après avoir longtemps puisé dans leurs leçons le fonds de nos connaissances médicales.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant d'étudier l'action du salol sur les inflammations du pharynx, nous voulons jeter un coup d'œil sur l'histoire de cette médication introduite tout récemment en France.

Nous dirons d'abord que le salol, découvert en 1883 par *Nencki* (de Berne) et étudié successivement par *Lépine* (1), *Aubert, Mossé, Hadjès* (2), *Lombard*, (3), *Papuli* (4), *Pinet* et *Patein* (5), fut introduit dans la thérapeutique en 1886 par *Sahli,* qui le préconisa comme succédané du salicylate de soude. Depuis cette époque, il a été employé dans une foule d'affections, mais c'est tout dernièrement seulement qu'il fut employé dans les angines.

C'est *Capart* (6) (de Bruxelles) qui, le premier, à notre connaissance, se servit du salol dans les inflammations du pharynx et des amygdales. Il donna des résultats encourageants et prétendit se trouver fort bien du salol.

Gouguenheim (7) introduisit en France la médication salolée dans les angines.

---

(1) *Lyon médical*, 1886, page 365.

(2) Mossé et Hadjès, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 9 septembre 1887.

(3) Lombard, *Bulletin général de thérapeutique,* 1887, CXIII, 197, 212.

(4) Papuli, *Revista cliniqua therapeut.*, septembre 1890.

(5) Patein et Perrier, *Revue de chirurgie,* 1887, p. 519.

(6) Capart, *in Bulletin Académie royale de médecine,* 1890 (Bruxelles).

(7) Gouguenheim, *Annales des mal. des oreilles,* septembre 1889.

L'idée en fut du reste fournie au médecin de Lariboisière par *Capart* lui même, qui lui montra les succès obtenus à la clinique laryngologique de l'hôpital Saint-Pierre.

Gouguenheim, sur les indications fournies, essaya le salol dans son service de Lariboisière, obtint des guérisons et publia en 1889 un mémoire sur ce sujet. Moins affirmatif que *Capart*, il cite 22 observations résumées et conclut aux bons effets du salol dans les angines. Ce médicament calme admirablement la douleur, surtout s'il est administré avant la formation du pus. C'est là son action la plus nette et la plus merveilleuse.

En même temps, mais d'une façon moins constante, la température baisse et ce n'est qu'en dernier lieu que les signes physiques disparaissent, beaucoup moins rapidement du reste.

En somme, pour *Gouguenheim*, le salol abrège la maladie; il la jugule même quelquefois, jamais cependant si le pus est déjà formé. En se basant sur les succès obtenus par *Gouguenheim*, *Jonathan Wrigt* (1) appliqua le salol au traitement des angines. Il divise les 50 cas qu'il a eu à traiter en trois groupes :

1° Le traitement est institué dès le 1er ou le 2e jour de l'affection :

Sur 21 cas :	Durée moyenne	du traitement.	21 heures.
	» maxima	»	30 »
	» minima	»	17 »
	Echecs, 2 cas.		

2° Traitement commencé le 3e jour :

Sur 14 cas :	Durée moyenne	du traitement.	27 heures.
	» maxima	»	48 »
	» minima	»	12 »
	Echecs, 2 cas.		

(1) Jonathan Wright, *American Journal of the medic sciences*, août 1890, 156, 165.

3° Traitement commencé après le 3e jour :

Sur 15 cas :

Durée moyenne	du traitement.	27 heures.	
» maxima	»	48	»
» minima	»	3	»
Un insuccès douteux.			

Si nous avons cité les divisions établies par *Jonathan Vright*, c'est tout simplement pour dire que, pour lui aussi, le salol exerce une action favorable sur la marche de l'affection. Il note de plus ce fait déjà indiqué par *Gouguenheim*, que dans quelques cas la douleur cesse avant que l'inflammation n'ait été arrêtée. *Saint-Philippe* (1) expérimenta aussi le salol dans son service à l'hôpital des enfants, et porta une quinzaine de faits devant la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Il note lui aussi comme *Gouguenheim* un soulagement rapide et remarque après l'administration du salol une expuition sanguine lente qui soulage le malade et dont il fait la preuve d'une action élective du médicament sur le pharynx.

Ces faits sont l'objet d'une discussion assez longue au cours de laquelle le professeur agrégé *Denucé* (2) cite 4 cas de sa pratique personnelle sur lesquels il compte 3 succès. Enfin, tout dernièrement *Reiault* (3) dans le Traité de médecine, conseille aussi le salol dans le traitement des angines et en explique les bons effets par l'antisepsie intestinale, le comparant au naphtol qui, paraît-il, agit également très bien. C'est du reste à cette explication par l'antisepsie intestinale que se rattache maintenant *Gouguenheim* (4), qui n'avait, lors de son mémoire, voulu

(1) Saint-Philippe, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1890-1891, p. 537 et *Bulletin médical*, 19 juillet 1891.

(2) Séance de la Société de médecine de Bordeaux.

(3) Reiault, *In* Traité de médecine de Charcot et Bouchard.

(4) Gouguenheim, *Bulletin de la Société de méd. des hôpitaux*, séance du 31 octobre 1889.

voir dans l'action exercée par le salol qu'une action analgésique et antithermique.

Notons enfin, en terminant cet historique, le succès de *Juhel-Rénoy* (1) dans un cas de gangrène de cause inconnue siégeant au niveau du voile du palais et du pharynx. Il est vrai que l'on pourrait faire à M. Juhel-Rénoy une objection, puisqu'il fit usage en même temps du salol et du traitemant chirurgical par le fer rouge; il semble cependant que le salol ait produit, dans ce cas encore, une action favorable.

---

(1) Juhel-Rénoy, *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux*, séance du 31 octobre 1889.

CHAPITRE II

MATIÈRE MÉDICALE DU SALOL

Nous n'avons pas l'intention, dans ce chapitre, de faire la matière médicale complète du salol, et d'étudier toutes les réactions auxquelles donne lieu ce médicament :

Il nous a paru bon, cependant, de passer en revue les propriétés importantes de ce corps, aussi bien aurons-nous à les retenir pour expliquer le mode d'administration du salol, et surtout son mode d'action. On trouvera du reste, dans le travail de *Nicot* (1) de plus amples renseignements.

Le salol se présente sous la forme de poudre blanche, cristalline, donnant au toucher la sensation d'une résine. Il est insoluble dans l'eau, fait important au point de vue de sa pharmacologie. Il est également insoluble dans la glycérine et les huiles lourdes de pétrole; mais il est soluble dans l'éther, le chloroforme, la benzine, l'essence de térébenthine, les huiles fixes ou volatiles. Il est aussi soluble à la température ordinaire dans vingt-cinq fois son poids d'alcool absolu, et sa solubilité croît avec la température. L'odeur du salol est assez agréable, elle rappelle celle de l'essence de wintergreen; on a l'habitude, assez à tort du reste, de la comparer à l'odeur des roses; nous avouons ne pas absolument saisir l'analogie.

La saveur n'est pas désagréable, et, pour notre part, nous

(1) Nicot, Chimie du salol, *Bull. de thérapeutique*, 1887, 213.

ingérons volontiers le salol en nature. Ce corps n'a que l'inconvénient de s'attacher facilement aux gencives et de produire alors la sensation désagréable de corps étranger entre les dents.

Au point de vue chimique, le salol est un corps formé par la combinaison du phénol et de l'acide salicylique.

La réaction s'opère de la façon suivante :

$$\underset{\text{acide phénique}}{C^6 H^5 OH} + \underset{\text{acide salicylique}}{C^6 H^4 < \begin{matrix} OH \\ CO . OH \end{matrix}} = \underset{\text{salol}}{C^6 H^4 < \begin{matrix} OH \\ CO . OC^6 H^5 \end{matrix}} + \underset{\text{eau}}{H^2 O}$$

Il y a, comme on le voit, élimination d'une molécule d'eau, et inversement on peut reconstituer ces composants par addition d'une molécule d'eau. Ces réactions font ranger le salol dans la classe des éthers, l'acide phénique jouant le rôle d'acide vis-à-vis de l'acide salicylique, moitié acide, moitié alcool, aussi peut-on appeler le salol salicylate de phényle, éther phényl-salicylique.

Nous passerons sous silence le principe sur lequel repose la préparation du salol et *a fortiori* les trois procédés opératoires principaux de cette préparation.

Nous dirons tout de suite que, à 100 parties en poids de salol, correspondent 40 parties d'acide phénique et 60 d'acide salicylique, proportions qu'il ne faut pas oublier lorsque l'on formule le salol, proportions qui nous étonnent lorsque l'on songe à la tolérance extrême de l'organisme vis-à-vis du salol.

Ces notions fondamentales connues, nous arrivons au fait important de la matière médicale du salol, nous voulons parler de l'histoire de ses dédoublements.

« Les alcalis caustiques réagissent nécessairement sur le salol comme sur tous les éthers; il y a saponification. C'est fait notable, la réaction qui s'accomplit dans l'organisme au contact du suc pancréatique » (Nicot).

Il agit en fournissant la molécule d'eau qui manque pour reconstituer les corps primitifs.

De ce fait, il résulte que le salol ingéré reste sans modification, tant qu'il ne rencontre pas un milieu alcalin, c'est dire qu'il ne se dédouble pas dans l'estomac; il ne subit la saponification qu'au niveau du suc pancréatique qui agit par son alcalinité seule pour décomposer le salol en acide salicylique et en sulfophénol qui se retrouvent dans l'urine après un temps variable mais généralement assez court. En effet, une heure après son ingestion, on peut rechercher les produits de dédoublement de cet éther par des procédés que nous étudierons tout à l'heure.

On a voulu faire du plus ou moins de temps que met le salol à se dédoubler et à s'éliminer un signe diagnostique de quelques maladies de l'estomac et du pancréas.

Ce n'est pas ici la place de discuter la valeur de ce signe.

Disons seulement qu'à notre sens trop de facteurs interviennent pour qu'il y ait là quelque chose de précis, et citons comme s'étant spécialement occupés de la question MM. Livers et Ewald, Brunner, Hubert, Decker, Léo Silberstein. Quoi qu'il en soit, du temps nécessaire au dédoublement du salol, on peut toujours retrouver dans l'urine ses composants, et voici par quels procédés.

1° L'acide salicylique.

A 5 c. c. d'urine on ajoute une goutte d'acide sulfurique et 3 à 4 c. c. d'éther. On retourne plusieurs fois le tube à expérience que l'on tient bouché avec le pouce afin de permettre à l'éther de dissoudre l'acide salicylique. On décante la couche

---

(1) Hubert, *Corresp. Blatt. für schteizer Aerz*, 1er février 1890.

(2) Léo Silberstein, *Deutsch med. Wochens.*, 1891.

d'éther dans un verre de montre placé sur du papier blanc, on laisse évaporer spontanément et on dissout le résidu dans quelques gouttes d'eau distillée. En ajoutant avec une baguette de verre une goutte de solution étendue de perchlorure de fer, on obtient la coloration violette caractéristique de la présence de l'acide salicylique.

2° L'acide phénique.

Pour caractériser l'acide phénique, on distille 200 c. c. d'urine et 50 c. c. d'acide chlorhydrique pur. On recueille dans un récipient refroidi par un courant d'air 60 c. c. environ de liquide auquel on ajoute de l'hypochlorite de soude liquide et une goutte au plus d'aniline. Il se fait une belle coloration d'un bleu intense (Jacquemin).

Puisque nous parlons urologie, nous signalerons en passant ce fait important, à savoir que l'urine contenant les produits de dédoublement du salol pourrait être prise pour une urine sucrée; il faut savoir en effet que ces principes ont la propriété de réduire la liqueur cupro-potassique; mais cette cause d'erreur est facile à éliminer. Il suffit pour cela d'isoler l'acide salicylique et de traiter ensuite la couche inférieure par l'acétate de plomb et de filtrer.

Il est fort important de rechercher ces produits de dédoublement chez les malades qui prennent du salol, afin d'en surveiller pour ainsi dire l'élimination; il est utile aussi, avant d'ordonner du salol, de rechercher l'albumine et de s'assurer du bon fonctionnement du rein.

Nous pensons, depuis les expériences de Lépine, que le suc pancréatique n'est pas le seul agent susceptible d'amener la transformation du salol. Les cellules vivantes de l'organisme, surtout dans un milieu alcalin, produisent aussi ce dédoublement.

Si l'on fait digérer à l'étuve 2 gr. de salol avec 50 gr. de pancréas ou de foie ou autre tissu en se servant d'eau alcalinisée avec un peu de soude, on trouve après la digestion du salol avec le pancréas, le foie ou tout autre tissu employé, de 21 à 25 0/0 d'acide salicylique, tandis que l'on ne trouve que 16 0/0 avec de l'eau non alcalinisée. Outre le suc pancréatique et les cellules vivantes, l'action des microbes concourt aussi à la décomposition du salol ainsi que le prouvent les expériences de Papuli (1) d'une façon absolument certaine. Cet auteur remarqua que le pus d'un abcès chaud décomposait le salol; il fit alors des essais avec des cultures pures de staphylococcus aureus et obtint avec le perchlorure de fer la coloration violette caractéristique; il remarqua de plus que les micro-organismes décomposant plus activement le salol perdent toute activité, tandis que ceux qui le décomposent moins activement ou qui ne le décomposent pas sont seulement affaiblis et peuvent être cultivés dans un autre milieu.

De ces études, il tira les conclusions suivantes :

1° Le salol présente des propriétés antiseptiques très prononcées contre certains micro-organismes;

2° Ses propriétés antiseptiques dépendent de sa décomposition;

3° Il exerce une action fort heureuse sur la suppuration.

Ces données méritent évidemment d'être retenues, elles pourront expliquer plusieurs faits intéressants.

C'est pour cette raison que nous avons traité assez longuement l'histoire du dédoublement du salol.

Une dernière question que nous avons à nous poser au sujet de la nature médicale du salol est celle-ci : Le salol est-il décomposé en totalité et n'y a-t-il pas une limite au-dessus de laquelle le salol ne se décompose plus?

---

(1) Papuli, *loc. cit.*

Lépine (1) admet que le salol étant insoluble, son dédoublement est forcément incomplet, si bien que chez un typhique qui avait absorbé 20 gr. de salol en 24 heures, il retrouva dans les selles la plus grande partie de salol intact. Un chien de 12 kilog. ingéra 12 gr. de salol et, dans ses urines, Aubert n'a pu retrouver que 14 à 15 0/0, tandis que chez un cobaye on a retrouvé 60 0/0 de la quantité de salol dissous dans l'huile injectée sous la peau. Le salol se dédouble donc mal à l'état de poudre, mais, par contre, il se dédouble bien dans l'organisme quand il est dissous.

Lombard (2) admet aussi une décomposition incomplète du salol dans l'intestin. Ce qui est certain, c'est que le salol élève la température chez l'animal sain, puis l'abaisse ensuite, mais cet abaissement se fait suivant un mode constant, et une nouvelle dose de salol n'entraîne pas une nouvelle descente de la température; cette observation tend à prouver qu'une partie seulement du salol est absorbée.

Telles étaient les remarques que nous avions à présenter sur la chimie du salol, ses dédoublements et son absorption; si nous avons traité un peu longuement ce sujet, c'est qu'il nous a semblé important pour expliquer le mode d'action du médicament.

---

(1) Lépine, *loc. cit.*

(2) Lombard, *loc. cit.*

CHAPITRE III

MODE D'EMPLOI DU MÉDICAMENT. — POSOLOGIE. — ACCIDENTS. MÉDICATIONS ADJUVANTES

C'est en général à l'intérieur (nous pouvons dire toujours), que s'administre le médicament. Les doses administrées sont variables suivant les auteurs, mais en parcourant les observations, on est frappé de ce fait qu'elles sont toujours assez élevées.

Capart donne 4 grammes de salol en 24 heures. *Gouguenheim* (1) considère 4 grammes comme une dose minima mais suffisante. Il ressort de ses observations que la douleur disparaît bien plus lentement avec 3 grammes. On peut, dit-il, aller au delà de 4 grammes sans inconvénient, mais je ne l'ai jamais fait. Il faut donc retenir ce fait que les observations de *Gouguenheim* concluent à l'insuffisance de 3 grammes.

Jonathan Wright en administre au maximum 7 grammes et au minimum 3,60.

Saint-Philippe donne aussi des doses élevées. De 3 à 6 ans, il donne facilement 4 grammes et va jusqu'à 8 grammes chez les adultes.

Nous citerons en passant les doses employées par quelques médecins dans des affections autres que les angines, afin d'établir pour ainsi dire une moyenne entre les auteurs.

---

(1) Gouguenheim, *loc. cit.*

Hessellbach (1), le regarde comme dangereux dès que l'on dépasse de 10 à 50 centigrammes. *Hortz* (2) le donne à la dose de 4 grammes.

Bazy (3) donne 6 grammes.

Mossé (4) (de Montpellier) et Hadjès l'administrent aux doses de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 et 3 gr.

Bielschowsky (5) et *Rosenberg* (6) vont jusqu'à 6 et 8 grammes dans des cas de rhumatisme.

Pour *Lowenthal* (7), qui l'employa dans le choléra, la dose initiale serait de 4 grammes dès l'apparition des premiers symptômes en continuant à donner un gramme toutes les deux heures.

Vaugh (8) enfin prescrivit le salol à la dose de 5 grammes toutes les quatre heures dans un cas de colique néphrétique.

Pour nous, nous admettons avec quelques petites modifications les doses données par Montange (9) dans sa thèse inaugurale, et nous administrons volontiers :

0,50 centig.	de salol	chez les enfants	de 1 an.
1 gr.	—	—	2 ans.
3 gr.	—	—	3 ans.

Au-dessus de trois ans et chez les adultes, nous donnons facilement 4 gr. par prises de 0,50 cent. à peu près.

Mais si le médicament n'agit pas d'une façon suffisante, nous n'hésitons pas à aller jusqu'à 6 gr. chez l'adulte.

---

(1) Hessellbach, *Fortschritte der medecin.*, juin 1890.

(2) Hortz, Soc. méd. des hôpitaux, séance du 30 octobre 1890.

(3) Bazy, *Semaine médicale*, 90, n° 10.

(4) Mossé et Hadjès, *loc. cit.*

(5) Bielschowsky, *Therapeutsch monatsch.*, 1887, n° 1 et 2.

(6) Rosenberg, *Therapeutsch monotsch.*, 1887, n° 2.

(7) Lowenthal, *Bull. Académie des Sciences*, 31 décembre 1888.

(8) Vaugh, *Med. Times*, 1889 (662).

(9) Montange, Etude clinique sur le salol, Thèse Lyon, 1887.

A cette question de posologie se rattache une importante question, c'est celle des accidents causés par l'administration du salol. Nous dirons à ce sujet qu'en lisant les divers mémoires sur le salol, on est frappé de ce fait que la plupart des auteurs s'accordent à vanter son innocuité.

Pour *Lombard* (1), le salol n'est pas toxique, quelle que soit la dose administrée; il n'entraîne pas d'accidents graves, ne produit ni malaise, ni bourdonnements d'oreille.

Georgi (2) déclare qu'il ne peut citer un seul cas où le salol ait produit des effets fâcheux.

Albarrau (3) ne lui reconnaît d'autre avantage que son innocuité absolue et Talamon (4), qui l'emploie à doses élevées, n'a pu constater la coloration noire de l'urine, tout en faisant ses réserves sur la possibilité de cette coloration, suivant l'état des reins.

C'est qu'en effet le salol est d'une façon générale inoffensif; il est bon cependant de savoir, afin de se tenir sur ses gardes, que les empoisonnements sont possibles et qu'il en existe plusieurs cas dans la science.

Harlich (5) relate un cas d'intoxication.

Josephowitch cite aussi le cas d'un malade de quarante ans qui, après avoir pris 21 grammes de salol en quatre jours, fut atteint d'une albuminurie intense avec douleurs violentes, phénomènes qui ne prirent fin que deux jours après la cessation du traitement.

Robert rappelle que le salol se dédouble dans l'organisme en acide salicylique et en acide phénique, il y a lieu de tenir compte de l'action toxique de ce dernier.

---

(1) Lombard, *loc. cit.*

(2) Georgi, *Berlin. clin. Woch.*, 1887 (9, 10, 11).

(3) Albarrau, *Mercredi méd.*, 18 mai 1890.

(4) Talamon, *Méd. moderne*, 17 et 90.

(5) Harlich, *Berlin. clin. Woch.*, 1887 (102).

Hesselbach (1) confirme cette opinion par des expériences, et il observe sur les animaux des lésions rénales (anurie) des reins, dégénérescence aiguë des épithéliums avec destruction des cellules dues à l'acide phénique. Aussi reconnaît-il comme contre-indication du salol, les néphrites aiguës ou chroniques.

Citons encore quelques cas d'intoxication par le salol, les seuls que nous ayons trouvés dans nos lectures et qui sont soigneusement relatés dans le travail d'*Egasse* (2), d'après lequel nous les reproduisons.

Un homme ingéra par mégarde 3 gr. de salol en une fois. Peu de temps après, il était plongé dans un coma profond; la sécrétion urinaire était supprimée. Il succomba le lendemain, et l'on constata à l'autopsie des lésions rénales caractéristiques de l'intoxication phéniquée *(Medical Press)*.

Hesselbach (3) cite le cas d'une femme de 22 ans atteinte de rhumatisme articulaire grave.

En huit heures, elle prit par erreur 8 gr. de salol. La malade tomba dans le coma et succomba le quatrième jour. A l'autopsie, on trouva une hypertrophie du ventricule gauche, une néphrite interstitielle chronique, des traces de néphrite parenchymateuse aiguë; c'est à cette lésion que l'on attribua la mort.

Une femme de 30 ans atteinte de troubles gastriques prit un gramme de salol. Peu de temps après elle s'agita, perdit connaissance, les pupilles se dilatèrent, le pouls devint irrégulier et on vit survenir des vomissements incessants.

L'urine, de couleur noirâtre, renfermait de l'acide salicylique.

La malade succomba au bout de 12 jours.

---

(1) Hesselbach, *Fortschr. der med.*, 1890.

(2) Egasse. *Bull. gén. de thérapeutique*, 1891, 241-373.

(3) Hesselbach.

On trouva à l'autopsie les lésions suivantes : Gastrite et entérite hémorrhagique, ulcère rond du cardia cicatrisé, endométrite chronique et kyste de l'ovaire. Ce sont là les cas d'intoxication se terminant par la mort que nous ayons à citer. Les autres sont moins marqués. *Dérignac* (1) prescrivit à une femme, à la suite d'une intoxication par les huîtres, 0,20 cent. de salol toutes les deux heures. A la troisième dose, elle fut en proie à des phénomènes d'irritation intestinale caractérisés par la diarrhée, le vertige, la diminution de la sensibilité, l'abaissement de la température. Les urines étaient noirâtres et renfermaient de l'acide salicylique. En suspendant le salol, ces phénomènes cessèrent pour reprendre quand on administra de nouveau le salol.

Dans un autre cas, chez un enfant de 12 ans, une troisième dose de 0,10 cent. donna lieu aux mêmes phénomènes d'intoxication qui cessèrent dès que le salol fut supprimé.

De ces faits, on doit, à mon avis, retirer plusieurs enseignements pratiques. L'intoxication par le salol existe, il faut donc se tenir en garde. Le mauvais état des reins semble être une cause prédisposante de la plus haute importance de ces accidents d'intoxication ; il convient donc d'examiner les malades à ce point de vue, avant de leur prescrire le salol, surtout à des doses élevées. Malgré cette précaution, ainsi qu'il ressort de l'étude du cas de Chladowski (2), l'intoxication sera encore possible, mais très rare. Il faut admettre dans ce cas, comme dans celui du *Medical Press*, une idiosyncrasie impossible à prévoir, une susceptibilité particulière que rien ne révèle mais qu'il faut savoir tâter. Aussi ne sommes-nous pas partisan de l'emploi du salol à très haute dose d'emblée.

---

(1) Dérignac, *Société médicale des hôpitaux*, 1891.

(2) *Loc. cit.*

Les faits précédents justifient amplement nos craintes. Quoi qu'il en soit, les faits d'intoxication sont absolument rares; ils disparaissent totalement, si on les compare au nombre incalculable de cas où le salol, si répandu, est employé pour des affections essentiellement diverses. Aussi ce fait de tolérance si facile de l'organisme pour le médicament qui nous occupe, a-t-il frappé tous les observateurs et exercé la sagacité des thérapeutes. « C'est qu'en administrant par exemple, ainsi que le fait remarquer Robert, 8 gr. de salol, il se produit dans l'organisme 3 gr. 20 d'acide phénique, quantité sextuple de sel qui est indiquée comme maxima dans la pharmacopée allemande et de plus de vingt fois celle qu'indique le pharmacopée autrichienne (*Egasse*) (1), comment donc ne se produit-il pas d'accidents?

Une première hypothèse est celle de *Lépine* (2). Pour lui, il n'y a pas parallélisme absolu entre la résorption de l'acide salicylique et du phénol et la quantité de salol ingérée.

D'autant mieux que chez le fébricitant, nous savons que la sécrétion du suc pancréatique est peu active. Il n'est donc pas étonnant que le dédoublement connu du salol en ses deux éléments constitutifs soit, de ce chef, incomplet.

Une deuxième hypothèse, de moins de valeur celle là, est celle de Montange (3).

D'après cet auteur, l'acide salicylique modèrerait pour ainsi dire l'action de l'acide phénique et lui servirait d'antidote. Voilà qui n'est guère prouvé, et nous préférons admettre un dédoublement incomplet. Aussi trouve-t-on parfois dans les selles du salol en nature qui a traversé le tube digestif sans subir de modification.

---

(1) Egasse, *loc. cit.*

(2) *Lyon médical*, 11 juillet 1886.

(3) Montange, *loc. cit.*

Telles sont les réflexions que nous avions à faire sur la posologie du salol et sur la question connexe de ses intoxications.

D'autres questions relevant de l'administration du médicament se posent encore. A quel moment de la journée l'administrer et sous quelle forme le prescrire? Nous allons essayer d'y répondre.

Et, d'abord, quand faut-il administrer le salol? Montange (1) se pose la question et juge la chose de peu d'importance. Nous pensons comme lui : Le moment de la journée est indifférent. La seule chose à observer à ce point de vue c'est le fractionnement des doses; il faut s'arranger de façon à faire prendre au malade, toutes les deux heures environ, une partie de la quantité prescrite, de façon que la dose ordonnée soit absorbée dans les 24 heures. Montange fait remarquer à ce sujet que, même pris au moment du repas, le salol n'exerce aucune action fâcheuse sur la digestion; il a essayé lui-même plusieurs fois et a mangé avec le même appétit, peut-être même avec plus d'appétit.

La forme sous laquelle il convient d'administrer le médicament a, pour nous, une plus grande importance. Le salol n'a pas une saveur désagréable, et, chez des adultes de bonne volonté, peut être administré en nature. C'est peut-être la forme pour laquelle nous aurions le plus de penchant, car, ainsi ingéré, le salol agit plus directement sur la muqueuse enflammée, il reste quelques parcelles de salol dans le pharynx.

Il joint ainsi à son action antiseptique intestinale une action antiseptique locale; mais il est bien rare de pouvoir administrer le salol sous cette forme, et c'est en général en cachets que le salol est pris par les adultes.

Il ne faut évidemment pas compter sur une action locale; le

(1) Montange, *loc. cit.*

salol n'agit pas comme topique, il agit comme antiseptique et antithermique général, qu'il ait ou non une action élective sur le pharynx, ce que nous n'avons pas à rechercher ici.

Ce que nous venons de dire des cachets, nous pourrions le répéter à propos des pilules.

Ce sont là des modes d'administration auxquels nous ne tenons pas; ils sont du reste inapplicables chez les enfants. Il faut chez eux donner le médicament en potion.

Malheureusement le salol n'est pas soluble dans les liquides courants; aussi faut-il le prescrire dans une potion fortement gommée qui tienne en suspension le médicament et avoir soin d'agiter la potion avant de la prendre.

M. *Carles* (1), à la Société de médecine de Bordeaux, donne le mode de préparation suivant :

Broyer la quantité prescrite de médicament avec son poids de sucre et de gomme et délayer ensuite le tout dans un julep gommeux.

Le médicament ainsi préparé devient, pour M. Carles, beaucoup plus actif, puisque l'absorption intestinale est proportionnelle à la surface qu'il présente; de plus, cette potion enduit bien la muqueuse et le salol peut agir en même temps comme topique.

De ce mode de préparation se rapproche beaucoup la formule suivante donnée par *Egasse* (2).

Salol	quantité prescrite.	
Gomme arabique.	5	grammes.
» adragante	20	»
Sirop de sucre.	30	»
Eau	120	»

(1) Carles, Soc. de méd. de Bordeaux, séance du 16 juin 1891.

(2) Egasse, *loc. cit.*

Notons en passant le conseil donné par *Hesselbach* (1), qui prescrit, si l'on veut administrer des doses de salol supérieures à 3 ou 4 grammes, de l'associer au sulfate de soude qui forme, avec l'acide phénique, un sulfophénate de soude inoffensif. Remarquons que les divers modes d'administration par nous conseillés ne sont pas encore l'idéal, puisqu'il ressort des expériences citées plus haut que le salol ne se décompose bien que s'il est dissous; mais les dissolvants du salol sont des véhicules peu pratiques et peu faciles à employer.

Disons enfin que, dans le cas qui nous intéresse, dans les maladies du pharynx, *Juhel-Rénoy* (2) faisait pratiquer des pulvérisations de solution éthérée ou alcoolique de salol et des insufflations de poudre.

Pour notre part, c'est à l'absorption du salol en nature que nous donnerions la préférence. Viennent ensuite les potions fortement gommées; les cachets et les pilules nous paraissent être au dernier plan. Quant aux pulvérisations et aux insufflations, elles nous semblent être une bonne chose, mais nous les réserverions pour les cas relativement graves.

Nous tenons à faire remarquer que ces insufflations doivent être pratiquées avec soin et qu'il faut doser le médicament puisque, se détachant du pharynx, il est destiné à être absorbé par les intestins.

La médication salolée, bien que produisant dans les angines d'excellents résultats, nous paraît susceptible d'être aidée dans son action par les moyens employés en général en pareil cas. Le salol sera le médicament de fond autour duquel viendront se ranger des médicaments accessoires qui auront aussi leur importance.

---

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

C'est ainsi que le salol pris à l'intérieur sera aidé par les pulvérisations et les insufflations dont M. Juhel-Rénoy s'est servi avec avantage dans des cas de gangrène des amygdales et du voile du palais. Nous venons, du reste, d'en parler suffisamment pour n'avoir point à y revenir.

Nous conseillons volontiers aussi des badigeonnages avec un collutoire salolé dont la préparation serait analogue à celle de la potion dont nous avons indiqué plus haut la formule. On pourra aussi, pour combattre la dysphagie et permettre l'alimentation, se servir d'un collutoire à la cocaïne. Les gargarismes seront évidemment employés avec avantage ; ils débarrasseront la muqueuse des débris pultacés qui l'encombrent et aideront ainsi à la guérison ; le praticien les formulera du reste suivant ses préférences. Les pulvérisations dans la chambre d'eau phéniquée ou boriquée, de teinture d'eucalyptus en maintenant les malades dans une atmosphère humide et antiseptique rendront les plus grands services.

Bien que possédant une action antithermique certaine, le salol n'abaisse pas la température d'une façon très notable ; il pourra être aidé, dans les cas d'hyperthermie considérable, par la quinine et les autres fébrifuges connus.

Notons enfin que *Juhel-Rénoy* (1), dans un cas déjà par nous cité, a associé la médication salolée et le traitement chirurgical par les débridements au thermocautère. Cette association pourra, dans quelques cas particuliers, être fort utile.

Enfin, nous devons, pour être complet, signaler, en terminant, l'influence du régime. La dysphagie et la fièvre qui accompagnent en général toute angine tant soit peu sérieuse, commandent un régime sévère. On ne donnera au malade que des aliments qu'il puisse déglutir facilement, et même il sera bon

(1) *Loc. cit.*

de le mettre au régime lacté absolu si les symptômes présentent une gravité suffisante.

Voici maintenant l'ensemble des observations qui ont servi de base à notre étude, observations dont les unes ont été recueillies par moi dans ma clientèle, les autres fournies par les auteurs que j'ai consultés.

Observations.

OBSERVATION I (personnelle)

J. (Paul), 9 ans. Cet enfant jouit d'une bonne santé d'ordinaire, mais il semble qu'il y avait un peu de lymphatisme chez lui, comme chez sa sœur d'ailleurs, qui a de l'hypertrophie amygdalienne et de fréquentes amygdalites, témoin celle qu'elle a en ce moment (juillet 1892).

Le 29 août, l'enfant se plaignit d'un léger mal à la gorge qui ne l'empêcha pas d'ailleurs de s'amuser.

Le 30, la douleur a augmenté notablement et la dysphagie est très marquée ; l'enfant souffre quand il avale sa salive ; il souffre également quand il parle.

A l'examen de la gorge, on constate que le pharynx a une rougeur diffuse très accusée, que les amygdales sont hypertrophiées, mais également très rouges. Je prescris du salol par pincée dans le lait, pris en petite quantité mais fréquemment. La dose du salol n'a pu être fixée, parce qu'il existait dans la maison une certaine quantité de salol et que nous n'avons pas eu à formuler d'ordonnance.

Le 31 août, les parents nous rendent compte de la quantité du salol absorbée par l'enfant. Nous l'évaluons à peu près à 3 grammes. Ils nous disent en même temps qu'un changement notable s'est opéré et que l'enfant va beaucoup mieux.

Interrogé, celui-ci répond qu'il souffre moins, sans que cependant la gêne à la déglutition et pendant la parole ait disparu complètement.

L'infection de la muqueuse pharyngienne est sensiblement la même. Nous faisons continuer la même médication.

Le 2 septembre, nous revoyons le jeune malade qui a quitté la chambre et s'amuse comme au premier jour.

Le 3 septembre, la guérison se maintient.

Depuis nous n'avons pas revu le jeune Paul, mais il est certain que rien de pathologique ne s'est produit, car les parents, très facilement alarmables, m'auraient envoyé quérir.

OBSERVATION II (personnelle).

Madame T. P..., 40 ans, rentière. Bonne santé d'ordinaire, si l'on excepte des accidents rhumatismaux non douteux, dont quelques-uns l'avaient gravement atteinte. Elle est également sujette à de fréquentes angines qui se terminent généralement par la suppuration. En janvier 1892, elle se félicitait précisément d'être restée longtemps, malgré la saison froide, sans accidents du côté du pharynx, lorsque le 12 de ce mois elle fut atteinte d'une amygdalite très douloureuse dès le début : Nous la voyons le deuxième jour de l'affection et elle se plaint vivement du pharynx ; elle ne peut prendre de repas, la déglutition étant très pénible ; le pouls est agité et la peau très chaude, la malade a certainement une fièvre très appréciable ; nous examinons la bouche et le pharynx de M^me^ T. P. et constatons ce qui suit : Le pharynx a une rougeur intense qui s'étend aux amygdales ; celles-ci sont volumineuses, font saillie dans l'arrière-bouche et sont recouvertes par un liquide muco-purulent assez épais. La luette, hypertrophiée dans toutes ses dimensions, traîne sur le plancher de la bouche, et le voile du palais, injecté par places, est certainement beaucoup plus rouge que d'habitude. Sur la paroi postérieure du pharynx, on aperçoit quelques points blancs. Nous prescrivons du salol à l'intérieur à la dose de 2 à 3 grammes par 24 heures et comme adjuvant de simples gargarismes boriqués. Le lendemain 14 janvier, nous revoyons la malade ; elle va mieux et insiste sur l'apaisement de la douleur. A l'examen de la cavité bucco-pharyngienne, nous ne constatons aucune modification bien nette.

Le 15 janvier, l'amélioration est encore plus franche ; la malade nous dit qu'elle estime le salol bien supérieur à tous les autres remèdes dont elle ait fait usage au cours de ses premières angines.

Nous n'avons pas suivi davantage le cours de cette amygdalite ; mais plus tard M^me^ T. P. nous a raconté que la guérison avait marché avec une rapidité très grande. Cette observation nous paraît intéressante en ce sens que nous y notons la disparition très rapide de la douleur et l'opinion d'une malade bien placée pour apprécier les diverses médications antiphlogistiques des inflammations pharyngiennes, observation tout entière à l'honneur du salol.

OBSERVATION III

Notre ami le Docteur Donnadieu a bien voulu nous communiquer sa propre observation qui est significative. M. Donnadieu, interne des hôpitaux à ce moment, vient un jour faire voir sa gorge à l'un de ses amis ; il souffre depuis plusieurs jours et n'a rien fait pour combattre son angine, pensant à un trouble passager. Ce matin là, il y a un mouvement fébrile et un peu de malaise général ; la douleur est plus accusée ; M. Donnadieu ressent par hypertrophie tonsilaire et tuméfaction du pharynx une constante gêne dans la déglutition. De plus, la sécrétion salivaire est beaucoup accrue et nécessite une déglutition constante presque involontaire. Chaque contraction bucco-pharyngée est pour lui la cause d'une douleur intense. M. Donnadieu, inquiet ce matin là, a examiné son pharynx et constaté sur ses amygdales et la paroi postérieure de l'arrière-gorge de petites plaques blanches, grisâtres, aréolées d'une zone rouge ; bien que M. Donnadieu fréquente le service de la diphtérie, il n'a pas cru reconnaître en les manifestations muqueuses qu'il a constatées des productions diphtéritiques et il a pensé à des plaques d'herpès. Complètement tranquillisé, il avait pourtant tenu, pour se mettre à l'abri d'une surprise, à montrer son pharynx à ses collègues :

Tous s'étaient ralliés à son opinion.

L'opinion de M. Donnadieu bien arrêtée, il se disposait à formuler un

gargarisme ou une potion, quand on lui conta les effets de l'emploi du salol à l'intérieur. M. Donnadieu se laissa convaincre et, dans 50 grammes de sirop de punch destinés à dissoudre en partie le salol, prit à l'intérieur ce matin même 2 grammes environ de salol et le soir en se couchant, en avait pris à peu près 5 grammes.

Le soir même, la douleur avait bien diminué ; la gêne à la déglutition était presque nulle ; après une excellente nuit, M. Donnadieu se réveilla très dispos et repris son service comme d'habitude ; pour continuer l'action bienfaisante du salol, il en prit ce matin-là 2 grammes ; à partir de ce moment l'angine fut enrayée.

OBSERVATION IV

(Communiquée par notre ami le Dr O'Zoux et prise au service de clinique de M. le professeur Péchaud).

Georges L..., 15 ans (lit 12, salle 8 des garçons, hôpital des enfants).

Georges L... est depuis longtemps à la salle 8 des garçons où il est entré pour subir diverses opérations destinées à remédier à une attitude vicieuse du membre inférieur gauche, attitude consécutive à une paralysie infantile, myélite antérieure aiguë, survenue à l'âge de 5 ans environ. Pendant la convalescence d'une opération subie à la cuisse, Georges L... fut pris d'angine dans les circonstances suivantes :

Une après-midi, Georges L..., après avoir pris beaucoup de mouvement et s'être mis en une transpiration abondante, fut surpris par une pluie très violente. Ses vêtements furent mouillés et Georges L..., pour éviter les réprimandes de la sœur, n'en souffla mot. Le soir, un mouvement fébrile très net s'accusa ; le thermomètre atteignit 39° ; l'enfant se plaignit de la gorge et se mit à tousser ; la nuit fut agitée, le lendemain matin, à la visite de 8 heures, l'enfant fit l'aveu de son escapade. L'auscultation révélait au sommet droit un peu de rudesse respiratoire, quelques sifflements et un bruit marqué de corde contre-basse : dans la région moyenne du même poumon, il y avait évidemment, à côté d'une bronchite des petites bronches du sommet, de la bronchite

des grosses bronches du milieu du poumon. L'examen de la gorge révélait une infection vive de la muqueuse pharyngée postérieure qui présentait un aspect tomenteux et luisant très marqué. Le voile du palais lui-même, très rouge, paraissait œdémateux et la luette hypertrophiée en largeur et longueur offrait dans sa moitié inférieure une apparence transparente et décolorée comme une consistance muqueuse. Elle venait balayer le plancher postérieur de la bouche et de ce fait produisait une excitation et une sensation de corps étranger dont le résultat était de la toux et une tendance irrésistible à déglutir.

Quant aux amygdales, boursouflées et turgescentes, elles offraient chacune le volume d'une petite noix et écartaient vivement, en les faisant bomber, les piliers qui sanglaient, très rouges eux-mêmes. La température était relativement élevée, 37,2 : le pouls et la respiration étaient peu modifiés.

Georges L. se plaignait beaucoup de la gorge, et le matin au déjeuner il n'avait pu prendre que des aliments liquides, lait ou bouillon. M. le Dr O'Zoux, désireux de poursuivre son expérimentation sur le salol, prit l'autorisation d'en donner au jeune malade et formula la potion suivante :

Salol	4 grammes.
Sp. de punch	50 grammes.
Alcoolature d'aconit	X gouttes.
Sp. de gomme . . . . . }	
Eau . . . . . }	ââ 50 grammes.

potion qui devait être prise tout entière à l'heure du coucher, c'est-à-dire vers huit heures. L'enfant, très inquiet, promettait de prendre scrupuleusement ce qu'il lui serait ordonné. Contre la bronchite, des applications de teinture d'iode furent prescrites.

Le soir, à la contre-visite, l'état général était amélioré : La température demeurait pourtant à 39° ; la respiration et le pouls avaient augmenté de rapidité, mais la douleur avait notablement diminué, si bien que le malade avait pris au souper de quatre heures un œuf à la coque et du pain.

La potion n'était pas encore achevée, le reste devant être bu avant

huit heures. Le lendemain, à la visite du matin, le chef de service trouva Georges L. considérablement amélioré. La douleur disparaissait.

La bronchite persistait et c'était probablement de son fait que la température restait à 38°.

A partir de ce moment, la bronchite seule fut soignée, soit par les applications de teinture d'iode, soit par l'alcoolature d'aconit et l'extrait thébaïque à l'intérieur. Il est juste d'ajouter que ces derniers médicaments, soit par leur action antiphlogistique, soit par leur influence analgésiante, ont probablement aidé au maintien de la guérison de l'angine. Nous devons faire remarquer avec quelle rapidité le processus inflammatoire a été jugulé au niveau du pharynx.

Voici maintenant un certain nombre d'observations dues au Dr Gouguenheim et publiées par lui dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889, n. 34. Nous les trouvons dans les *Annales des maladies de l'oreille et du pharynx* de 1889 (1). Il est nécessaire que nous les fassions précéder des lignes, peu nombreuses d'ailleurs, que le Dr Gouguenheim a écrites pour expliquer son mode de traitement et la brièveté de ses observations.

« A notre passage à Bruxelles, en 1888, le Dr Capart, que nous étions allé voir à sa clinique laryngologique de l'hôpital Saint-Pierre, nous vantait l'action remarquable, presque miraculeuse du salol, à la dose de 4 grammes contre l'amygdalite phlegmoneuse. Notre distingué confrère nous affirmait avoir fait avorter cette affection avec la plus remarquable facilité par l'emploi interne du salol. L'espoir de faire disparaître d'une façon si merveilleuse une affection aussi commune, aussi douloureuse, était bien séduisant, et à mon retour à Paris, je résolus de soumettre à ce traitement les malades qui se présenteraient à mon

(1) Page 555.

observation et de noter avec soin la marche de leur affection ainsi que la modification de tous les symptômes qui pourraient se produire.

» La dose du médicament fut invariablement de 3 à 4 grammes par jour, pris en trois ou quatre fois. En raison de son insolubilité, le médicament fut simplement incorporé à une potion gommeuse et agitée avec soin au moment de l'emploi.

» Le traitement accessoire consistait en gargarismes boriqués ou pulvérisations boriquées et en tisanes; le régime presque exclusivement constitué par du lait ».

OBSERVATION V

(Gouguenheim) (1).

Femme. — Amygdalite double, greffée sur amygdalites chroniques; malade depuis quatre jours; fièvre, dysphagie; trois grammes de salol en un jour, disparition de la dysphagie et possibilité de l'alimentation; en 4 jours résolution complète de l'amygdalite.

OBSERVATION VI

(Gouguenheim).

Femme. — Amygdalite double; enduit pultacé; hypertrophie des amygdales; malade depuis cinq jours.

A l'entrée à l'hôpital, elle avait 39°2 de température; la dysphagie était excessive. Quatre grammes de salol furent administrés et, après une journée, disparition de la dysphagie et possibilité d'une légère alimentation; la température tombe à 37°4 et le deuxième jour la température est de 36°8. Le gonflement des amygdales disparaît.

(1) Gouguenheim, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1889, p. 555.

OBSERVATION VII

(Gouguenheim).

Femme — Angine contractée dans la salle, dysphagie excessive; la température atteint 39°6.

On donne quatre grammes de salol. En un jour, disparition de la douleur; en deux jours, chute de la température à 37°2. — Dans ce cas, l'angine était simplement érythémateuse.

OBSERVATION VIII

(Gouguenheim).

Femme. — Amygdalite double; rougeur intense mais pas d'exsudat; la dysphagie est excessive. Elle prend 4 grammes de salol. La fièvre tombe immédiatement et la dysphagie disparaît. Au bout de trois jours, l'amygdalite a disparu.

OBSERVATION IX

(Gouguenheim).

Femme. — Angine phlegmoneuse suppurée, la fièvre est modérée, mais la dysphagie est intense et la malade éprouve de très grandes difficultés à ouvrir la bouche : la maladie remonte à cinq ou six jours. 4 grammes de salol sont administrés. Le soulagement est insignifiant et la guérison survient par ouverture de l'abcès au moyen du bistouri.

OBSERVATION X

(Gouguenheim).

Homme. — Il présente une amygdalite double depuis quatre à cinq jours avec exsudat; le sujet est tuberculeux.

La dysphagie est très accentuée. La fièvre, le premier jour, est relativement élevée ; le thermomètre marque 38,4. Le deuxième jour la fièvre tombe et on note la disparition de la dysphagie. En trois jours les amygdales sont revenues à l'état normal.

La dose de salol avait été de 4 grammes.

OBSERVATION XI

(Gouguenheim).

Femme. — Angine scarlatineuse énorme : dysphagie très pénible. Sous l'influence de 4 grammes de salol, la douleur diminue de suite ; mais on dut continuer le salol à la dose de 4 grammes pendant 9 jours ; la guérison ne survint qu'à ce moment.

OBSERVATION XII

(Gouguenheim).

Femme. — Scarlatine contractée dans la salle ; angine intense ; enduits pultacés ; dysphagie excessive. La température est de 41°. En un à deux jours, disparition de la douleur. En six jours, chute de la température de 41° à 37.

Chez cette malade, le traitement antiseptique fut pratiqué avec rigueur ainsi que des irrigations naso-pharyngiennes.

OBSERVATION XIII

(Gouguenheim).

Femme. — Huit jours de maladie avant l'entrée ; pas de soulagement par les moyens habituels de traitement.

A son entrée à l'hôpital, elle a 38,8 de température.

On constate une amygdalite double très accentuée ; la dysphagie est extrême et la malade ouvre difficilement la bouche. 3 grammes de salol

sont ordonnés ; sous cette influence, la température tombe rapidement et la dysphagie disparaît en deux jours.

OBSERVATION XIV

(Gouguenheim).

Homme. — Six jours de maladie avant l'entrée, mais douleur à la gorge depuis deux jours seulement.

Amygdalite droite et rougeur des piliers. Il n'y a pas d'exsudat.

Adénite sous-maxillaire, dysphagie très prononcée. Salol : 3 grammes.

Disparition de la dysphagie en deux jours et de l'angine en quatre jours.

Le malade quitte la salle quelques jours après.

OBSERVATION XV

(Gouguenheim).

Homme. — Malade depuis dix jours. Angine érythémateuse. Dysphagie excessive, pas d'exsudat, pas d'amygdalite. Adénite sous-maxillaire. Température de 38°.

Salol : 3 grammes. En deux jours, disparition de tout symptôme d'angine.

OBSERVATION XVI

(Gouguenheim).

Homme. — Malade depuis huit jours. Fièvre, frissons au début ; puis mal à la gorge et dysphagie très forte. Le patient ne peut ouvrir la bouche.

A notre premier examen, nous constatons un gonflement énorme de tout l'isthme du gosier ; la luette elle-même est œdématiée. Exsudat et salivation.

Salol 4 grammes. Diminution de la douleur dès le lendemain ; ouverture spontanée d'un abcès au bout de deux jours.

Guérison rapide ensuite.

OBSERVATION XVII

(Gouguenheim).

Homme. — Malade depuis trois jours. Angine érythémateuse, dysphagie très forte ; pas de tuméfaction des amygdales.

Trois grammes de salol sont ordonnés au patient. La douleur a disparu au bout de 24 heures, et l'angine au bout de deux jours. Le malade quitte la salle au bout de trois jours.

OBSERVATION XVIII

(Gouguenheim).

Femme. — Malade depuis quatre ou cinq jours ; le début de l'affection a été violent ; il y a eu des frissons et des vomissements.

La température est de 38°. A l'examen de la gorge, on constate une amygdalite double avec exsudats pultacés ; il existe de l'adénite sous-maxillaire et une dysphagie intense.

Salol 3 grammes.

La dysphagie est calmée en un jour, mais l'amygdalite ne disparaît qu'au bout de trois jours.

OBSERVATION XIX

(Gouguenheim).

Femme. — Cette femme est souffrante depuis six jours, la fièvre est vive ; il y a 40° de température à l'entrée. On trouve une amygdalite double, un énorme exsudat pultacé recouvrant toute la gorge. Il existe

de l'adénite sous-maxillaire et la déglutition est fort douloureuse. Cette malade porte un goître exophtalmique depuis quatre ans.

Salol quatre grammes.

Disparition de la dysphagie en 24 heures, et la température tombe de de 40° à 38°8 le premier jour et à 37°8 le troisième jour.

Le quatrième jour, l'amygdalite a disparu.

OBSERVATION XX

(Gouguenheim).

Femme de 66 ans. Le début de la maladie remonte à deux jours.

Il n'y a pas de fièvre, mais dysphagie, salivation et vomissements.

Amygdalite droite très prononcée, enduits pultacés, rougeur très accusée du voile du palais et adénite sous-maxillaire.

Salol quatre grammes; la dysphagie disparaît le lendemain et en deux jours l'amygdale a repris son aspect habituel.

OBSERVATION XXI

(Gouguenheim).

Femme de 46 ans, malade depuis cinq jours, cette femme éprouve des frissons et des vomissements. A l'entrée à l'hôpital, la fièvre n'existe plus et la température est de 37°5. Il y a amygdalite double, œdème énorme de la muqueuse du gosier. La dysphagie est très accentuée. Salol quatre grammes. La diminution de la dysphagie est très rapide, mais coïncide avec l'ouverture d'un abcès.

(Observation peu concluante).

OBSERVATION XXII

(Gouguenheim).

Femme âgée de 20 ans. Elle est malade depuis 7 jours.

Dysphagie, fièvre, température de 39°4.

La langue est rouge écarlate et les amygdales, qui présentent un gonflement énorme, sont rouges et recouvertes d'un enduit pultacé. Salol 3 grammes. Traitement antiseptique local énergique. La dysphagie disparaît en deux jours, mais la gorge ne revint à son état normal qu'au bout de dix jours.

OBSERVATION XXIII

(Gouguenheim).

Homme de 21 ans. Amygdalite double contractée dans la salle. Enduit pultacé ; température de 38°, dysphagie très forte. Salol 4 grammes. Disparition de la dysphagie en un jour et de l'amygdalite en quatre jours.

Depuis, ajoute le docteur Gouguenheim, j'ai observé d'autres cas aussi concluants, tant à l'hôpital qu'à la ville et j'ai constaté des résultats analogues à ceux qui sont consignés dans les précédentes observations.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

Le sieur D. P..., rentier, vient me faire voir sa gorge dont il souffre depuis trois jours, au point d'être très incommodé et d'éprouver de la gêne de la parole, malaise général, courbature et mouvement fébrile le soir. Je constate : Rougeur diffuse du pharynx; amygdales hypertrophiées et tomenteuses, criblées de trous dans lesquels le stylet s'enfonce et dont quelques-unes percent la tonsille de part en part. De ci, de là, quelques points jaunâtres et dans les cryptes de petits amas de muco-pus que ramène le stylet.

Prescription : 4 grammes de salol dans du punch. Ouate autour du cou. Garder la chambre. Je revois le malade le lendemain. L'état général et l'état local sont à peu près les mêmes; la douleur seule a diminué nettement.

Le troisième jour, nuit très bonne; pas de fièvre. Le malaise général a disparu. Les amygdales ont dégonflé. Je continue le salol, toujours à la dose de 4 grammes par jour.

Le quatrième jour, l'état général se maintient bon ; l'état local est encore meilleur. Je quitte mon malade en lui faisant prendre une dernière dose de salol.

OBSERVATION XXV (personnelle)

Le sieur L. P..., mon client, me fait appeler le 26 décembre dernier. J'apprends qu'il s'est senti, il y a quatre jours, mal à l'aise après un refroidissement, qu'il a souffert vivement de la gorge, puis a été pris de fièvre et a dû s'aliter. A l'examen, je constate de l'amygdalite double avec enduit pultacé.

Prescription : 4 grammes de salol avec un gargarisme dont voici la formule :

Chlorate de potasse . . .	6	grammes.
Sulfate d'alun	3	»
Miel rosat	25	»
Eau.	200	»

Le 28 décembre, la plupart des phénomènes généraux et locaux ont disparu et le malade éprouve une grande amélioration. Je prescris cependant une nouvelle dose de salol.

OBSERVATION XXVI (personnelle)

Echec du salol.

Le sieur F. B..., mon client, me fait appeler pour lui donner mes soins. A l'examen, je constate : Rougeur diffuse de tout le pharynx qui est tomenteux ; le voile du palais est granuleux et anormalement vascularisé ; les piliers sont rouges et écartés par les amygdales volumineuses. Le malade se plaint de céphalalgie frontale et occipitale. Fièvre légère.

Salol : 4 grammes.

Le lendemain, pas d'amélioration.

Le troisième jour, le malade souffre davantage ; il peut à peine ouvrir la bouche, la dysphagie a augmenté. Je fais continuer le salol et ajoute

un gargarisme à l'acide salicylique. Le quatrième jour, le malade se trouve beaucoup mieux et le sixième jour je constate la guérison.

OBSERVATION XXVII

Cette observation, due à l'obligeance de notre ami M. le Dr O'Zoux, a été recueillie par lui dans le service de M. le professeur Piéchaud dont il était alors l'interne à l'hôpital des enfants. Il a donc pu suivre exactement le petit malade dont nous rapportons l'histoire.

L'enfant, bien qu'atteint d'angine, se trouvait en chirurgie à cause de l'intervention peut-être radicale qui pouvait devenir nécessaire d'un moment à l'autre. Une après-midi, M. O'Zoux fut appelé en toute hâte à la salle 8 de l'hôpital des enfants qui reçoit les garçons de 5 à 15 ans. Un jeune malade vient d'entrer, lui dit-on, et il ne peut plus respirer; il étouffe : On lui conte chemin faisant que l'enfant a mal à la gorge et que son cou est enflé. M. le Dr O'Zoux se rend immédiatement auprès de l'enfant et constate ce qui suit : l'enfant est assis sur son lit, les bras le long du corps, le buste penché en avant, en proie à une crise de dyspnée intense. La bouche est ouverte, les yeux font saillie, une sueur fine perle la face, il y a du tirage sus-sternal facilement constaté par l'échancrure de la chemise que l'enfant a ouverte pour mettre son cou plus à l'aise. La langue est projetée en avant et dépasse les dents inférieures, elle est sèche, noirâtre, sa surface est couverte d'un enduit épais non homogène qui donne naissance à de gros fils fibrineux qui se croisent à travers la cavité buccale, aussi bien de haut en bas que longtitudinalement et d'un bout à l'autre de l'arcade dentaire supérieure et inférieure.

Les gencives sont également couvertes d'un enduit analogue à celui qui cache la face supérieure de la langue, et lorsqu'on écartait le plan muqueux labial du plan dentaire, de fines cordes grises ou noires se tendaient à leur tour.

Le cou est tuméfié dans son ensemble et l'arcade mento-sternale com-

blée par l'épaississement des tissus. La peau à ce niveau présente une coloration rouge sombre et le doigt y laisse une surface blanchie après une légère compression. Le malade ne peut ni fermer ni ouvrir davantage la bouche. Le maxillaire inférieur semble enkylosé.

La crise dyspneïque cesse quelques instants après l'arrivée de M. O'Zoux. Celui-ci se met alors en devoir de nettoyer autant que possible la bouche du malade ; à l'aide de linges de paquets imbibés d'une solution boriquée, il enveloppe son index qu'il promène dans les sillons gengivo-labiaux ; les travées fibrineuses adhèrent au tissu et sont enlevées, mais leurs extrémités adhèrent fortement aux plans sur lesquels elles prennent naissance et, en se brisant, elles rendent comme un petit son clair et sec.

Puis vient le tour des arcades buccales qui ont besoin d'être rigoureusement frottées. Enfin la cavité est entreprise ; alors commence un travail très pénible et pour l'opérateur et pour l'opéré qui est pris de mouvements de régurgitation. L'enduit lingual, en effet, est tellement adhérent qu'il faut le pincer par places pour le détacher ; il ne veut point se coller aux linges de paquets promenés avec force sur sa surface ; parfois, lorsqu'il a pu être pris sous une assez grande épaisseur et que l'on tire, on a un grand filament épais de 3, 4 millimètres environ, long de 10, 15 centimètres qui semble sortir de l'œsophage et du pharynx et dont l'extrémité paraît rupturée : Elle présente, en effet, une surface de section composée de deux couches concentriques : l'externe grise, l'interne beaucoup plus claire de coloration.

Plusieurs de ces cordons fibrineux sont enlevés avec précaution pour qu'ils puissent être obtenus dans toute leur longueur ; mais pas un ne revient avec une extrémité effilée témoignant de son intégrité. Le doigt indicateur ne pénètre que très peu dans la bouche ; il est en effet arrêté par un plan vertical bosselé qui est formé du voile du palais repoussé en avant et des amygdales ; le contact de l'extrémité digitale est très douloureux et le jeune malade se rejette vivement en arrière chaque fois que ce heurt se produit. On procède à l'examen du pharynx à travers l'enlacement des cordons fibrineux, mais l'œil est vite arrêté par une surface rouge-sang, luisante et bombée en avant, que délimitent latéralement deux sillons. On a affaire évidemment ici au voile du palais, bombé par

les amygdales : celles-ci sont volumineuses, sanglantes, tomenteuses, boursouflées et tellement développées que le voile du palais est comprimé, et que l'on n'aperçoit en aucun point un orifice de communication entre la cavité pharyngienne.

On entend un bruit de tuyau, à timbre nasal, rapide et si faible qu'il faut prêter attention pour le saisir. La respiration est évidemment toute nasale, malgré la béance de la bouche. En aucun point du pharynx on ne voit de surface blanche indiquant soit une suppuration, soit une plaque d'herpès ou de diphtérie, soit un enduit pultacé. C'est un rideau rouge que l'œil aperçoit. La palpation, difficile à cause de la douleur qu'elle provoque et des forces du malade, ne révèle en aucun point de la fluctuation; vers le sommet des piliers seulement le plan est plus mou et offre une sensation moins lardacée qu'ailleurs, mais il semble que du pus ne se cache pas derrière le plan muqueux qui donne cette sensation de mollesse relative.

Il semble donc que l'on soit en présence d'une angine phlegmoneuse à l'état cru, si l'on peut ainsi s'exprimer. M. O'Zoux interroge le malade ; il ne peut articuler une syllabe et répond par des mouvements de tête affirmatifs ou négatifs aux questions qu'on lui pose.

On apprend alors qu'il a 14 ans; que son père, sa mère et des frères sont en bonne santé; lui-même n'a jamais été malade. Il travaille et gagne 15 sous par jour à faire les commissions de son patron.

Il y deux jours qu'il a ressenti pour la première fois une légère douleur et un peu de gêne à la déglutition ; je ne savais à quoi attribuer ces phénomènes, et on ne sait encore comment cette angine lui est venue.

Très rapidement, il n'a plus pu manger et, depuis la veille au matin, n'a pris ni aliments solides ni liquides.

La nuit précédente s'est passée en une insomnie complète et des souffrances très accusées, à en croire le mouvement des yeux de l'enfant lorsqu'on l'interroge sur ce point.

Il prétend avoir faim et fort envie de dormir.

Le pouls bat 100 à la minute; la respiration marque 42 et le thermomètre 39,2.

Immédiatement, M. E. O'Zoux ordonne une potion composée comme suit :

Salol	4 grammes.
Alcoolature d'aconit.	X gouttes.
Punch au rhum	50 grammes.
Sirop thébaïque	5 »
Id. de fleurs d'oranger . .	50 »
Eau	50 »

Il est 4 heures de l'après-midi ; il recommande que l'on ait fait prendre toute la potion au malade en quatre heures ; le soir à 8 heures, la potion est prise ; il a fallu la faire avaler par petites cuillerées, quelquefois même en plus petite quantité.

A voir l'expression du regard de l'enfant, on comprend immédiatement qu'une amélioration s'est produite. L'enfant, interrogé à ce point de vue, ne laisse pas de doute subsister et fait comprendre qu'il souffre beaucoup moins et qu'il pense pouvoir reposer.

Comme il avale déjà plus facilement, on lui fait prendre environ 250 gr. de lait.

La dyspnée est évidemment moins sensible, un passage ouvert aux aliments permettant également l'entrée de l'air.

Le lendemain, à la visite, l'enfant est de nouveau assis sur son lit, mais l'œil clair et la face reposée ; il a dormi et ne souffre que très peu. La tuméfaction cervicale existe, mais l'inflammation pharyngo-buccale a rétrocédé considérablement et le passage de l'air par la bouche se fait très bien. L'enfant essaye d'articuler quelques mots, mais les sons restent gutturaux et peu nets. Il a déjà avalé son déjeuner du matin, qui a consisté en lait et potage au vermicelle. A l'examen de la cavité bucco-pharyngienne, on note ce qui suit :

Le sillon séparant le voile du palais des tonsilles est élargi et ces dernières commençent à se désunir par leur base de leurs connections avec le voile du palais ; ce dernier ne présente point une voussure aussi marquée, il bombe bien moins en avant ; la coloration sanglante disparaît par places où l'on aperçoit des plaques un peu décolorées que sillonnent en tous sens de fins vaisseaux gorgés.

La langue est nettoyée, rosée, bien qu'un peu macérée. Les dents sont

propres et les sillons gengivo-labiaux libres de tout lien et de toutes adhérences fibrineuses semblables à ceux qu'on avait constatés la veille. Le pouls est à 95, la respiration à 30 et le thermomètre à 37,8.

M. le Dr O'Zoux institue une nouvelle potion au salol de formule identique à celle du jour précédent et recommande que l'on veille à ce qu'elle soit exactement prise avant que les enfants ne se mettent au lit, le soir, après les derniers jeux. Le petit malade restera couché et chaudement couvert. Le soir à cinq heures, à la contre-visite, l'infirmière raconte que l'enfant, à qui l'on présentait encore des aliments liquides, a instamment réclamé de la viande et du pain qu'il a parfaitement mâchés et déglutés, ne semblant ressentir qu'un peu de gêne causée sans doute par l'obstruction de l'isthme et la tuméfaction pharyngée.

Il a été gai toute la journée. Le dîner de quatre heures s'est très bien passé; le petit malade a pris la même nourriture que ses camarades, a même beaucoup mangé.

L'examen de l'arrière-bouche permet de constater que le processus inflammatoire rétrocède activement.

Le voile du palais est libre, les amygdales diminuent de volume, la rougeur est moins vive. La luette cependant, très turgescente encore, est aussi œdématiée et pendante et traîne sur la base de la langue.

Le doigt indicateur peut impunément palper le plan amygdalo-staphilin; il ne réveille que des envies de vomir chez le petit malade, qui, interrogé au point de vue du phénomène douleur, répond assez distinctement « qu'il ne souffre pas du tout ».

Le pouls reste à 95, la respiration à 32 et le thermomètre marque 37,8. L'état général est excellent, le petit malade est vraiment méconnaissable.

Le surlendemain de son arrivée, à la visite du matin, M. le Dr O'Zoux apprend que la nuit a été excellente ; l'état général de l'enfant demeure excellent, une amélioration locale très sensible s'est encore produite pendant la nuit et la voix est presque normale. Il ne reste que peu de tuméfaction pharyngée ; les phénomènes douleur, gêne de la déglutition, dyspnée ont absolument disparu. Le jeune malade demande à se lever pour participer aux jeux des convalescents, ce qui lui est d'ailleurs refusé. Une nouvelle potion au salol lui est ordonnée. Il prendra pour la troisième fois 4 grammes de salol en 12 heures environ.

Le soir de ce jour, à la contre-visite de 8 heures, le jeune O. est si bien que M. le Dr O'Zoux l'examine à peine et lui permet de se lever le lendemain après la visite du chef de service.

A partir de ce moment, l'enfant a été considéré comme guéri et gardé à la salle 8 seulement pour être suivi pendant quelques jours.

OBSERVATION XXVIII (personnelle).

Georgette D..., 5 ans. Vue le 10 janvier 1895, l'enfant est alitée depuis 8 jours, chaque soir la fièvre est vive. La céphalée et la douleur à la gorge sont constantes. Assoupissement continuel. Les amygdales sont énormes, se rejoignent sur la ligne médiane et sont parsemées de points blancs ; la paroi postérieure du pharynx est également pointillée de blanc, mais les plaques y sont plus larges.

Le voile, les piliers et toute la région pharyngienne est enflammée, depuis 8 jours les parents ont fait la médication la plus variée sans amener d'amélioration ; j'ordonne :

Salol	2	grammes
Sirop de punch	30	»
Sirop de fleurs d'oranger	20	»
Eau	50	»

De plus 15 centigrammes de sulfate de quinine matin et soir.

11 janvier : La fièvre a été légère, la nuit a été bonne, l'enfant ne souffre plus et dit qu'elle a faim ; les points blancs des amygdales se voient à peine ; ceux du pharynx persistent. Je continue la même médication et deux jours après l'état général est excellent, plus de céphalée ni de dysphagie. Les amygdales sont détergées, il reste à peine quelques points blancs au pharynx. L'enfant commence à manger et a été rapidement rétablie.

OBSERVATION XXIX

(Dr O'Zoux).

Salol en lavement.

L. de B..., manœuvre, entre à l'hôpital, en mai 1893, avec une angine très nette dont il a été pris quatre jours auparavent.

Le pharynx est rouge ; les amygdales tuméfiées repoussent les piliers et viennent presque sur la ligne médiane. Le voile du palais est pris, lui aussi, et la luette est très œdématiée. La fièvre, vive les premiers jours, est moins forte.

Le thermomètre accuse 39,2 le soir dès son entrée. La dysphagie est telle, que le malade peut à grand'peine avaler une cuillerée de lait en plusieurs reprises ; la douleur est très vive. Je vois le malade à la contre-visite de 4 heures. Immédiatement, je lui ordonne 4 grammes de salol dans 100 grammes de punch. Le lendemain, il y a une notable amélioration. La déglutition est plus facile, il y a eu du sommeil pendant la nuit ; la peau est fraîche. Alors, pour voir si l'action du salol se continuera même s'il ne touche pas au pharynx, agissant ainsi comme topique, je prescris au malade un petit lavement avec 6 grammes de salol.

A la visite de 4 heures, l'amélioration constatée le matin continue à se produire. Les phénomènes inflammatoires s'atténuent, l'état général se relève et les troubles fonctionnels tendent à disparaître complètement.

Le lendemain, je fais administrer un nouveau lavement de 6 grammes de salol. Le soir, le malade est encore mieux ; il a déjeuné et soupé de la même nourriture que les autres malades. A partir de ce moment je n'ordonne plus rien, et deux jours après le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XXX (personnelle).

Léonie J..., 13 ans. Appelé par ses parents le 9 avril 1895, je constate qu'elle présente l'amygdale droite volumineuse, écartant vivement les piliers dont l'antérieur a son bord très aminci. Tout le pharynx est rouge

surtout à droite, et la portion du voile sus-amygdalienne est œdématiée et bombée en avant.

Dysphagie, douleur vive; fièvre, insomnie, l'enfant parle comme avec la bouche remplie. Après examen, je diagnostique abcès de la gorge situé à la région amygdalienne. Je ponctionne l'amygdale au bistouri mais il ne vient que très peu de sang; je ponctionne alors la partie du voile bombée et n'obtiens pas de meilleur résultat.

Alors je fais un lavage boriqué très chaud qui arrête le suintement de sang, et laisse l'enfant en lui prescrivant trois grammes de salol dans du punch pour 24 heures.

Le lendemain je revois l'enfant et donne le même traitement. Le surlendemain je la revois encore. Elle parle mieux, bien qu'elle éprouve encore de la difficulté; elle a passé une bonne nuit, n'a pas eu de fièvre comme les jours précédents et le gonflement de la gorge a disparu. Quelques jours après, je revois les parents qui me disent que l'enfant est complètement guérie.

RÉFLEXIONS

Les nombreux cas dont je résume rapidement les principaux traits, dit le docteur Gouguenheim, me semblent très démonstratifs au point de vue de l'action thérapeutique du salol.

Nous ne saurions mieux nous exprimer et nous nous rallions entièrement à l'opinion du docteur Gouguenheim.

Reportons-nous en effet à la lecture de nos observations. Ce qui nous frappe le plus, c'est la disparition rapide de la douleur, et aussi, bien que moins nettement, de la dysphagie, quelle que soit la cause de l'angine.

Gouguenheim l'a même constaté dans le cas d'angine scarlatineuse; ses observations en font foi. On ne peut être aussi affirmatif en ce qui concerne les cas d'angine phlegmoneuse suppurée : Aussi dans une des observations du médecin de

l'hôpital Lariboisière, la dysphagie disparaît avec l'ouverture de l'abcès, le lendemain de l'entrée du malade; dans une autre de ses observations, nous relevons un mieux presque complet et enfin dans une autre la dysphagie ne disparaît qu'à l'ouverture de l'abcès; mais il est certain, croyons-nous, que le résultat est différent lorsque l'on intervient dès le début avant la formation de la collection purulente; l'observation que nous devons à M. O'Zoux semble bien prouver ce fait : Que le salol a une réelle influence sur les affections de la gorge.

Les observations du docteur *Capart* prouvent également les bons résultats dus à l'emploi du salol.

Un fait qui ne doit pas non plus passer inaperçu, c'est la brièveté de la maladie. Nos observations en effet font foi d'une durée maxima de 4 à 5 jours, mais on pourrait cependant nous objecter que le salol n'a peut-être pas influé sur la marche de la maladie qui aurait suivi son cours naturel même sans intervention; mais il suffira de lire le chapitre des observations pour se convaincre que sur plus de 25 cas traités par le salol, 2 ou 3 seulement ont eu une durée relativement grande; que si le salol n'avait pas été employé, il est probable que le nombre d'insuccès relatifs aurait été plus considérable; l'on pourra voir enfin que deux des malades dont parle Gouguenheim et qui suivaient un traitement tout autre, n'en ont retiré aucun bénéfice et qu'au contraire l'emploi du salol leur a été favorable; ce qui semble prouver ici le *post hoc, ergo propter hoc*. On a vu également de véritables jugulations, des avortements de l'angine.

Enfin, point intéressant de la question, la température, dans la majorité des cas, a sensiblement baissé, et une amélioration de l'état général, très nette, s'est produite chez plusieurs malades; et qu'il nous soit permis de revenir ici, à ce propos, sur l'annihilation du double élément douleur et dysphagie, pour

dire que là est peut-être le côté le plus saillant et le plus important de la question; car tel changement de l'état local permet, outre l'absorption plus facile du médicament, l'alimentation du sujet; et nous savons quel rôle joue la dénutrition, même peu prolongée, chez les malades; elle est pernicieuse en ne permettant pas au sujet de fournir des éléments aux combustions plus actives, de faire les frais de réparation, et de lutter victorieusement contre l'envahissement microbien. La dénutrition, en ne fournissant point aussi aux divers organes destructeurs ou fabricants la somme d'aliments nécessaire pour leur plein jeu physiologique, met ces mêmes organes dans des conditions d'infériorité, ce qui ne leur permet ni de fabriquer des produits récrémentitiels destinés à la vie, ni de détruire ou d'éliminer les excréments, qui, par leur séjour dans l'organisme, deviennent une cause nouvelle d'affaiblissement et aident à l'auto-intoxication.

Jetons en effet les yeux sur l'observation la plus longue de ce recueil, celle à nous fournie par notre ami le Dr O'Zoux; l'enfant n'a pas mangé, a peu mangé depuis longtemps et n'a pu dormir, double condition qui le déprime et le livre à la merci des agents infectieux. Le salol survient, cet enfant dort, s'alimente et dès le lendemain revient à la vie.

Il résulte enfin des données citées plus haut, que ni le pouls ni la température n'ont subi de modifications notables.

CHAPITRE IV

ESSAI DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nous avons rapidement étudié, dans un des chapitres précédents, les effets thérapeutiques du salol. Nous nous sommes efforcé de montrer les avantages qu'il présente dans la médication pharyngée; notre impartialité nous en faisait un devoir : nous avons dit que quelquefois ce médicament se montrait inférieur à lui-même. Il importe maintenant de dire comment il agit dans l'économie, sous quelle forme il est absorbé; mais il nous semble nécessaire de reprendre ici en quelques mots l'histoire physiologique du salol.

En administrant le salol à des animaux, on voit que ce composé se dédouble en acide salicylique et en acide phénique qui se retrouvent dans l'urine après un temps variable; ce dédoublement se produit par hydratation du salol sans modification des composants.

A quel niveau s'opère cette division du salol en ses éléments constituants? Le professeur Nenki, et après lui Lépine, ont montré qu'elle se produit sous l'influence du suc pancréatique, nous l'avons dit, c'est-à-dire au niveau du duodénum. Mais tandis que le premier admet un dédoublement complet de cette substance thérapeutique, Lépine, au contraire, admet et donne à l'appui de son opinion des expériences personnelles, que ce dédoublement est constamment incomplet lorsqu'elle est employée à l'état pulvérulent, se ralliant d'ailleurs à l'avis du

professeur Nenki, lorsque le salol est administré à l'état de dissolution.

Quoi qu'il en soit des opinions de Lépine, nos observations ont largement prouvé que, même en poudre, le salol a une action efficace et presque élective sur le pharynx.

Faut-il voir dans ce résultat l'affirmation que les doses médicamenteuses employées ont été insuffisantes, ou qu'elles ont été suffisantes si elles ont été moindres, mais données à l'état dissous?

L'opinion du professeur Lépine tendrait à le prouver, car on tiendrait compte alors de la quantité de salol non décomposée et perdue peut-être pour la thérapeutique, mais on ne peut affirmer que cette portion non dédoublée elle-même n'a pas son action propre et ne joue point un rôle dans la modification des processus inflammatoires du pharynx. Toutes les hypothèses sont plausibles, et, jusqu'à démonstration complète du contraire, toute explication logique est admissible.

Mais ne cherchons point ici à en faire, nous savons trop ce qu'est la théorie dans cette science toute d'expérimentation et d'observation qu'est la médecine, et nous risquerions d'être taxé de hardiesse et de théoricien gratuit.

Il nous eût fallu ou bien nous reporter à l'expérimentation déjà confirmée, ou bien instituer nous-même des expériences en vue de ce point thérapeutique. Il nous reste donc à étudier la partie, la plus grande d'ailleurs, du salol décomposé, celle dont le rôle physiologique est, en somme, assez bien élucidé.

Occupons-nous en donc au point de vue qui nous intéresse.

Nous avons vu, d'après les expériences de Lombard sur l'animal sain, qu'à la dose de 0 gr. 45 par kilogramme d'animal, le salol élève d'abord la température, puis l'abaisse; que cet abaissement de température se fait suivant un mode constant, et que l'hypothermie n'est pas proportionnelle à la dose

médicamenteuse donnée, c'est-à-dire qu'un abaissement de température étant obtenu par une dose A de salol, toute nouvelle dose de salol B, quelle qu'elle soit, n'entraînerait pas une nouvelle chute de température.

De ces faits, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Le salol agit dans le traitement des angines déjà à un premier point de vue. Il est antithermique, et en cela, aide à l'amélioration de l'état général du patient, produisant chez lui tous les effets de l'antithermie et le mettant dans des conditions meilleures de résistance et de lutte. Nous pouvons encore en déduire quelle dose A suffirait si nous voulions seulement abaisser la température, mais que, cherchant un résultat plus complexe, et n'étant pas sûr que cette seule dose A eût une action autre que celle de l'antithermie, nous devons administrer au malade une dose A + B de médicament.

MM. Mossé, chef du cours de thérapeutique à Montpellier, et Hadjès étudièrent à leur tour l'action physiologique du salol sur les animaux, sur l'homme sain et sur le malade.

Chez le chien, le salol, administré à la dose de 20 centigr. par kilogramme d'animal, provoque une accélération des mouvements respiratoires et du pouls. Cette exacerbation ne se produit que plusieurs heures après l'ingestion et ne se prolonge pas. Ce résultat n'est, en somme, point contraire au but que l'on se propose en administrant le salol, puisque l'accélération du pouls et de la respiration n'est que passagère et ne serait point une contre-indication de l'emploi de cet agent thérapeutique, même si ces résultats avaient été constatés chez l'homme; mais, notons-le, c'est chez le chien, et les expériences de MM. Mossé et Hadjès sur l'homme sain ont prouvé que le salol s'absorbe et s'élimine rapidement, ne déterminant ni sensation désagréable sur la muqueuse digestive, ni changements appréciables dans les grandes fonctions.

Ce qui nous permet de dire que, vu l'absorption et l'élimination rapide du salol, l'action en est prompte et serait passagère si l'on ne tenait le malade constamment sous son influence en administrant le principe thérapeutique d'une façon constante. C'est ce qui a été fait chez les malades auxquels se rapportent les observations citées plus haut.

Mais voici que de nouvelles expériences de Lombard tendent à prouver que chez le malade la fréquence des mouvements respiratoires a presque doublé 10 minutes après l'ingestion de 2 grammes de salol; mais que leur amplitude a diminué, action de courte durée, car au bout d'une heure tout est revenu à l'état normal.

Ne sont-ce point là des conditions sinon avantageuses, du moins indifférentes à l'administration du salol chez les malades pharyngés? D'une part, en effet, on note l'accélération de la respiration; d'autre part, la diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires, doubles résultats qui se corrigent et rétablissent la normale respiratoire du malade, ne lui ôtant, ni d'ailleurs ne lui ajoutant en rien de la quantité d'air qu'il respirerait, et ne le plaçant point dans un état d'infériorité par rapport à son aération et ses combustions.

L'excitation est d'ailleurs de courte durée. Donc, au point de vue respiratoire, si le salol n'exerce point une influence heureuse, il n'est certes pas une contre-indication. De son action sur le système circulatoire, nous pouvons dire qu'elle est négligeable, car elle ne trouble en rien la régularité des battements cardiaques.

Outre son action antipyrétique incontestable, le salol possède une vertu antiseptique notoire que de nombreuses expériences ont démontrée. C'est surtout dans la suppuration que le salol exerce une action fort heureuse.

Bien qu'elle fût connue dans la pratique médicale et chirur-

gicale, l'explication de ce fait n'en était pas moins obscure; aujourd'hui cette explication repose sur le dédoublement du salol en ses principes formateurs antiseptiques eux-mêmes. Et l'on est certain que l'action du salol sur la suppuration consiste dans le pouvoir qu'ont les pyogènes de le décomposer et de voir leur action s'annihiler à mesure que se produit la décomposition. Que si les conditions de milieu dans lesquelles est placé le salol sont telles que son dédoublement en acide phénique et salicylique ne puisse se faire (que ces milieux soient acides au lieu d'être alcalins, le dédoublement ne se produisant pas), l'action microbicide du salol devient à peu près nulle. *Pinet* (1), de son côté, a pris des tubes renfermant des liquides en putréfaction provenant d'une cuisse de grenouille, et a introduit dans l'un du salol, dans l'autre de l'acide salicylique; il vit qu'à dose correspondante le salol n'arrête pas la putréfaction. C'est que dans ces conditions le salol, ne se trouvant pas en présence d'un milieu alcalin, ne s'est pas décomposé et qu'il ne peut dès lors devenir antiseptique, cette propriété n'appartenant qu'à chacun de ses deux constituants.

De tout ce qui précède, il résulte que, à l'action antithermique qu'il possède et à l'abaissement de température qu'il produit chez les fébricitants et, en particulier, chez les pharyngitiques, le salol ajoute une action anti-microbienne notable. Quoi d'étonnant, par conséquent, qu'à côté des cas si nets que nous avons rapportés, de véritables avortements, de jugulations des angines phlegmoneuses et autres, plusieurs auteurs soient venus montrer des cas analogues non moins probants et des cas de suppuration déjà établis et rapidement guéris. Certes, l'on a bien affaire là à une action microbicide, puisque les théories modernes veulent voir, comme cause de chaque affec-

(1) Pinet, *Bulletin général de thérapeutique*, 1891.

tion, un ou plusieurs micro-organismes spécifiques ou non.

Et l'on conçoit que l'on puisse appliquer aux foyers de suppuration qui tendent à se produire au niveau du pharynx, ce qui s'est passé dans les expériences de Papuli, c'est-à-dire que le salol, transporté par le torrent circulatoire à l'état d'acide phénique et salicylique au point de moindre résistance où les micro-organismes avaient élu domicile, par son contact permanent avec eux, les a peu à peu, et d'une façon radicale, chassés ailleurs ou anéantis tout à fait.

Nous savons, en outre (1), que la salive décompose rapidement le salol : des glandes salivaires enlevées à des chiens produisent facilement cette décomposition.

Ne pourrait-on, ici, invoquer encore ce dédoublement sous l'influence de la salive comme cause du soulagement rapide que nous avons noté chez la plupart des malades qui font l'objet de nos observations?

N'est-ce point en effet un bain local, un gargarisme souvent répété qui se produit chaque fois que le malade prend un peu de sa potion au salol? Il y a chaque fois, en effet, formation d'acide phénique et salicylique en plus grande abondance peut-être qu'on ne le suppose, vu cette hésitation qu'apporte le malade à déglutir à cause de la douleur et de la dysphagie qu'il ressent et séjour plus longtemps prolongé du salol avec la salive; l'excipient lui-même de la potion a-t-il dissous une partie du salol et voici une notable quantité des deux acides mise en liberté. Or ces acides, à chaque déglutition de la potion venant au contact de la muqueuse pharyngienne, font l'effet d'attouchements à l'aide de collutoires phéniqués et salicylés et doivent certainement agir comme topiques dans ces cas d'angines diverses.

---

(1) Egasse, *Bull. gén. de thérapeutique*, 1891, p. 250.

Il nous reste maintenant à expliquer la disparition rapide de deux phénomènes au cours du traitement des angines par le salol, nous voulons parler des symptômes douleur et dysphagie. Gouguenheim a beaucoup insisté sur cette cessation presque brusque de la douleur, et pour lui tel n'est pas le moindre avantage de ce mode thérapeutique. Avant lui, d'ailleurs, Capart à Bruxelles et chez nous Lombard en avaient parlé avec faits à l'appui. « La thèse de Lombard a mis en évidence un fait thérapeutique qui me semble de la plus haute importance et sur lequel ce médecin me paraît avoir bien justement insisté, dit Gouguenheim (1), je veux parler d'une diminution notable de la douleur, je retiens de suite ce caractère, car dans les affections que j'ai essayé de combattre au moyen du salol, il a agi avec la plus grande rapidité sur le symptôme le plus pénible, sur la douleur, sur la dysphagie ».

Nous avons vu également avec quelle rapidité ce symptôme avait disparu dans les observations que nous avons citées plus haut. Quel est le mécanisme exact de ce phénomène? En disant que plusieurs auteurs le considèrent comme un médicament nerveux, analgésique, et en citant à l'appui de ce dire nombre de faits qui tendent à prouver la justesse de cette opinion, nous n'aurons rien à expliquer. C'est ainsi que plusieurs spécialistes des voies urinaires le donnent souvent dans l'intention d'épargner au malade les angoisses de la miction, et que le Dr Montange, dans sa thèse inaugurale soutenue à Lyon en janvier 1887, rapporte des observations d'affections douloureuses notablement améliorées par l'emploi du salol; que le salol a été employé avec succès dans la sciatique, dans le rhumatisme articulaire, dans les névralgies; mais encore une fois nous n'expliquerions rien, et c'est l'intimité du phénomène que nous recherchons.

(1) Gouguenheim, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, nº 34, 1889.

Mais en ce point l'exploration est facile, et un peu de logique aidant, il est aisé de pénétrer le secret de ce fait clinique.

Le salol réagit, nous le savons, après dédoublement. Il est donc juste de rapporter à l'un ou à l'autre de ses composants l'heureuse influence que cet agent thérapeutique exerce sur le phénomène douleur. Mais ici encore, il faut distinguer : car chacun des corps générateurs du salol agit de deux façons : par voie externe locale comme topique, et par voie interne, avec l'aide du torrent circulatoire...

Nous allons donc chercher auquel des deux acides formateurs il faut rapporter l'action analgésique incontestée du salol, puis indiquer la voie par laquelle il agit.

Il nous suffit pour cela de nous souvenir des propriétés physiologiques de l'acide phénique et de l'acide salicylique. Et d'abord, l'acide phénique en solution faible, en application sur les téguments ou les muqueuses, n'est-il point un caustique léger, un tonique et un astringent ? Il laisse dans la bouche, en particulier, une saveur fraîche et exagère la sécrétion des glandes. Eh bien, ces propriétés ne sont point négligeables au point de vue qui nous occupe; une légère cautérisation, des applications, insufflations ou badigeonnages astringents ne sont-ils point couramment employés par les praticiens contre les affections de la gorge, les angines en particulier ? Ne voit-on point chaque jour des malades atteints d'angines, avoir à se faire des gargarismes ou des attouchements qui portent de l'alun directement en contact avec la muqueuse pharyngienne ?

Ne se sert-on pas couramment de gargarismes à l'acide phénique, et n'en retire-t-on pas d'excellents résultats? Il est donc évident que le salol agit par l'acide phénique et par lui, comme tonique et astringent, luttant victorieusement contre l'élément douleur qu'il calme très rapidement.

Là n'est pas toute l'explication de cette rapide disparition des

phénomènes douloureux. Ne sait-on pas, en effet, que par lui-même, sans que l'explication en soit encore donnée, sans que l'on sache par quel mécanisme intime, par quelle réaction chimique peut être, ne sait-on pas, dis-je, que l'acide phénique est un analgésique d'une puissance relativement considérable! Peut-être agit-il localement, nous voulons dire par voie externe, en endormant, analgésiant les surfaces avec lesquelles il est mis en contact, sans doute agissant en cela sur les extrémités nerveuses plus ou moins dénudées et libérées qu'il rencontre. Agit-il sur les centres sensitifs par voie interne en les rendant moins capables de vibrer et de ressentir l'impression venue de la périphérie? Mais il est un fait absolument certain qui est le suivant : nous ne prenons que celui-là pour ne pas nous étendre trop longuement sur ce point : plusieurs chirurgiens urinaires donnent souvent l'acide phénique quand ils veulent lutter contre l'élément douleur de la blennorrhagie. Nous-même l'avons administré avec succès. Les résultats sont incontestables et incontestés.

L'acide phénique calme très bien les angoisses de l'urèthre pendant la miction ; et si nous considérons exactement ce qui se passe alors, nous voyons que le phénomène douleur est diminué à la première miction elle-même. Ce qui semble indiquer que l'acide phénique, lequel n'est point encore venu au contact des extrémités nerveuses de la muqueuse uréthrale dépouillée de son épithélium, a déjà agi par voie interne et probablement sur les centres. Nous pouvons donc conclure par analogie, que dans les angines l'acide phénique agit sur le phénomène douleur par voie interne. Le résultat de cette déduction est d'ailleurs confirmé par la clinique et l'observation. Nous avons en effet noté, dans presque tous les cas rapportés plus haut, la disparition très rapide de la douleur; or, dans les angines traitées par les gargarismes ou les collutoires

à base phéniquée, nous n'avons jamais constaté une sédation aussi brusque; ce qui semble bien indiquer que dans nos cas, sans parler du rôle complexe qu'il joue comme topique, l'acide phénique agit par voie interne charrié qu'il est par le torrent circulatoire et mis en contact avec les centres nerveux.

Ce n'est point la douleur seule qui cède très tôt dans les angines traitées par le salol, nous avons également parlé de la dysphagie.

Sans chercher à entrer dans les détails d'une pathologie générale minutieuse et nous bornant ici aux deux causes principales probables de la dysphagie dans l'angine, nous lui reconnaîtrons deux points de départ :

Un gonflement, une tuméfaction générale ou partielle, mais suffisante du conduit pharyngo-œsophagien supérieur et le spasme de ce conduit mi-membraneux. Et pour être fixé sur la part que prend l'acide phénique dans l'apaisement de ce symptôme gênant, cherchons s'il a une action, si petite soit-elle, sur la tuméfaction des tissus ou l'élément nerveux.

Je ne sache pas que l'acide phénique ait une influence heureuse sur la tuméfaction des tissus en général. Force m'est donc de lui nier une action à ce point de vue.

Nous avons vu, en second lieu, qu'il n'en était pas de même pour l'élément nerveux; la preuve en est faite pour la partie sensitive, elle reste encore à faire pour le spasme, mais il ne serait pas très téméraire, je crois, de ne pas lui refuser quelque action à ce sujet.

Telle est, je crois, d'une façon assez sommaire d'ailleurs, le rôle de l'acide phénique par rapport à ce double symptôme des angines, la douleur et la dysphagie. Mais est-il seul à agir, et à lui seul revient-il toute la gloire des modifications heureuses dont nous avons parlé.

Voilà ce que l'étude brève de l'acide salicylique nous apprendra.

Or, les divers traités de thérapeutique que nous avons consultés à cet égard, sont muets sur l'ordre des faits qui nous occupent, à plus forte raison les manuels ou les abrégés de matière médicale et thérapeutique comme celui de Paulier (1).

Mais nous connaissons, pour le voir employer couramment dans les affections rhumatismales, douloureuses en général, l'action heureuse du salicylate de soude sur l'élément douleur. C'est, à n'en point douter, l'acide salicylique qui triomphe en ce cas, c'est sa victoire que l'on proclame chaque jour. Force nous est donc d'enlever à l'acide phénique l'avantage des modifications profondes dues au salol et de partager les honneurs entre ces deux formateurs du salol, et nous sommes amenés à dire que l'action analgésiante du salol est due au double élément qui le constitue, l'acide phénique et l'acide salicylique.

Voyons enfin si la dysphagie, si rapidement modifiée par l'emploi du salol, est redevable en partie de cette action bienfaisante à l'acide salicylique. Or, au contraire de ce qui se passe pour l'élément douleur, nos recherches ont été vaines. De plus, il résulte de l'expérimentation de Martinau sur cet agent thérapeutique, qu'à doses peu élevées il n'a aucune influence sensible ni sur la température, ni sur la circulation, ni sur le pouls, ni sur les ystème nerveux. Nous ne retenons de tout cela que ce dernier fait et concluons que l'élément spasme ne retire aucun bénéfice de l'acide salicylique.

Est-ce à dire que cet acide, dont les services sont incontestables en matière de rhumatisme, n'est qu'une action analgésiante dans le traitement des angines. Bien loin de là, et telle pharyngite à laquelle bien souvent on ne trouve aucune cause très nette, peut n'être qu'une manifestation discrète et peu

---

(1) Paulier, *Manuel de thérapeutique et de matière médicale*, 1888, article *Acide salicylique*, p. 406.

alarmante d'un rhumatisme latent, qui, pour un fait futile en apparence, éclatera peut-être avec une violence inaccoutumée dans un avenir prochain. L'on conçoit donc que l'acide salicylique soit dans un cas d'un extrême secours, et nous n'hésitons pas à le dire soit supérieur à l'acide phénique en tant que traitement, car il joint alors à ses propriétés microbicides réelles la vertu d'être presque spécifique du rhumatisme. Que dire maintenant de l'association de l'acide phénique et de l'acide salicylique et de leur rôle simultané.

N'auraient-ils pas, une fois réunis, une vertu antiseptique plus grande que la somme de leur vertu particulière lorsqu'ils sont séparés? Et ce n'est point ici une simple vue de l'esprit, une pure hypothèse que nous émettons. Des faits cliniques sont là qui nous permettent de ne pas être taxé de théoricien et de téméraire.

L'association des bromures, par exemple, ne produit-elle pas des effets plus considérables que ceux donnés par ces mêmes bromures séparés? Pourquoi un phénomène analogue ne se produirait-il pas. Il semble, en effet, qu'il n'y ait à cela aucun empêchement. « M. le Dr Saint-Philippe (de Bordeaux), n'a-t-il pas parlé quelque part d'une action élective du salol sur le pharynx, étonné lui aussi par la rapidité de ses succès et la disparition de symptômes, douleur et dysphagie. Sur 15 cas, nous dit-il, pris presque tous au cinquième et sixième jour, je n'ai eu qu'un insuccès partiel, et il n'était pas rare que les enfants fussent grandement soulagés le soir même de l'administration du salol ». Nos observations, on le voit, sont la réédition de ces paroles d'un de nos maîtres dans les hôpitaux.

Que l'on invoque également l'élimination directe de l'acide phénique par les glandes du pharynx, ce qui mettrait la muqueuse de cet entonnoir dans une sorte de bain continuel, nous n'avons rien à répondre et nous ne trancherons la ques-

tion ni dans le sens affirmatif ni dans le sens négatif; la chose est possible, mais encore trop peu prouvée pour que nous nous prononcions.

Enfin nous mentionnerons seulement l'opinion qui veut faire du salol un véritable médicament nerveux, comme l'a soutenu par exemple le docteur Montange (1) dans sa thèse inaugurale de 1887.

Si nous résumons maintenant ces diverses données, et que nous posions des conclusions à propos de la physiologie pathologique du salol dans les angines, ces conclusions seront les suivantes :

1° L'abaissement de la température est due au salol qui par lui-même et ses principes constituants est antithermique;

2° La respiration et le pouls ne sont que peu modifiés par le salol;

3° La disparition rapide du phénomène douleur est due à la fois à l'action de l'acide phénique et de l'acide salicylique;

4° La cessation non moins brusque de la dysphagie est probablement due à la disparition du spasme pharyngien, disparition probablement due elle-même à l'acide phénique;

5° L'acide salicylique joue un rôle plus effacé que son coformateur dans la modification presque instantanée de ces symptômes plus gênants que graves;

6° L'heureuse influence du salol et ce que l'on a pu appeler son action élective sur le pharynx peut être due à l'association des acides phénique et salicylique, et l'on pourrait peut-être se trouver en présence d'une action analogue à celle des polybromures.

---

(1) Montange, *Etude clinique sur le salol.* Thèse de Lyon, 1887.

CONCLUSIONS

Voici les quelques conclusions qui résultent de ce travail :

1° Le salol se dédouble au contact soit du suc pancréatique, soit des cellules vivantes de l'organisme, soit de certains microbes, en ses éléments constituants, acide phénique et acide salicylique, que l'on retrouve dans les urines.

2° La dose moyenne est de 4 grammes chez l'adulte mais on peut la porter à 6 et à 8 grammes sans inconvénient.

Cette dose de 3 à 4 grammes est celle que l'on doit donner aux enfants au-dessus de 5 ans, mais fractionnée.

3° Les intoxications par le salol, peu fréquentes d'ailleurs, existent cependant et les affections rénales peuvent constituer une contre-indication du salol. On peut, dans quelques cas, invoquer une susceptibilité particulière de l'individu avec laquelle il faut compter.

4° La médication par le salol n'exclut pas d'autres médications adjuvantes, mais elle suffit à elle seule.

5° Le salol agit efficacement dans les angines, quelle que soit leurs cause.

6° Il calme, avec la plus grande rapidité, la douleur et la dysphagie.

7° Il abaisse généralement la température et améliore l'état général.

8° Il ne modifie que rarement le pouls et la respiration.

9° Dans l'apaisement du phénomène douleur et dysphagie, il agit par l'acide phénique plus que par l'acide salicylique.

10° Il abrège généralement la durée des angines et peut les juguler. Il semble avoir une action spéciale sur le pharynx et s'opposer à ses suppurations.

11° Il n'est pas sûr que l'association des acides phénique et salicylique réalisés dans le salol n'ait pas une action plus considérable et qu'on ne puisse établir une analogie entre ce phénomène et l'action des polybromures.

Ces conclusions, en ce qui concerne la méthode thérapeutique, sont d'ailleurs conformes à celles des auteurs qui l'ont employée.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 3 mars 1896.
Le Président de la thèse,
Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 4 mars 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lépine. — *Lyon médical,* 1886.

Sahli. — *Correspond. Blatt für Schweizer Aerzte,* 1886.

Paulier. — Manuel de thérapeutique et de matière médicale.

Bielschowski. — *Therapeutisch monatscheft,* 1887, n. 2.

Georgi. — *Berlin. klin. Woch.,* 9, 10, 11.

Harlich. — *Berlin. klin. Woch.,* 1887, 102.

Lombard. — *Bull. gén. de thérapeut.,* 1887, CXIII, 197, 212.

Montange. — Thèse Lyon, 1887.

Massé et Hadjès. — *Gaz. hebd. de méd. et chir.,* 9 septembre 1887.

Nencki. — *Therapeutisch Monatscheft,* 1887, 417, 419.

Nicot. — *Bull. général de thérapeutique,* 1887, CXIII, 212, 221.

Périer et Patin. — *Revue de chirurg.,* 1887, 519.

Rosenberg. — *Therapeutisch monatscheft,* 1887, n. 2.

Lowenthal. — *Bull. Acad. des sciences,* 31 décembre 1888.

Gouguenheim. — *Annales des mal. de l'oreille,* 1889.

Vaugh. — *Phil. med. Times,* 1889, 662.

Capart. — *Bull. Acad. royale de médecine.* Bruxelles, 1890.

Albarion. — *Mercredi méd.,* 18 mai 1890.

Bazy. — *Semaine méd.,* 5 mars 1890.

Hasselbach. — *Fortschr. der Med.,* 1890, 12, 13.

Hayem. — Soc. méd. des hôp., 3 novembre 1890.

Hertz. — Soc. méd. des hôp., 3 novembre 1890.

Huber. — *Correspond. Blatt für Schweizer Aerzte,* 13 février 1890.

Patein. — Salol antiseptique. Répertoire de pharmacie, 10 mai 1890.

Papuli. — *Revista clinica terapeut.,* septembre 1890.

L. de Renzi et Reale. — *Revista clinica terapeut.*, juillet 1890.

Talamon (Ch.). — *Méd. moderne,* 17 septembre 1890.

Wright (Jonathan). — *American journal of the medic. sciences,* août 1890, 158, 165.

Chladowski. — *Internat klin. Rundschen,* 1891, n. 19.

Dérignac. — Société médicale des hôpitaux.

Dujardin-Beaumetz. — Leçons de clinique thérapeutique, III, 489, 770 et I, 808.

Egasse. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1891, p. 289, 313.

Huchard. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 1891,

Saint-Philippe. — *Bulletin médical,* 19 juillet 1891.

Silberstein (Léo). — *Deutsch med. Wochens.*

19,868. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.